

INANSPRUCHNAHME DES GESUNDHEITSSYSTEMS
DURCH ARZT-PATIENTEN IM EIGENEN KRANKHEITSFALL
– EINE QUALITATIVE STUDIE AN HAUSÄRZTEN

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades

doctor medicinae (Dr. med.)

**vorgelegt dem Rat der Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Schiller-Universität Jena**

von Friederike Hecker

geboren am 09.09.1991 **in** Freital

Gutachter

- 1. Prof. Dr. Jutta Bleidorn, Jena**
- 2. Prof. Dr. Bernhard Strauß, Jena**
- 3. Prof. Dr. Horst Christian Vollmar, Bochum**

Tag der öffentlichen Verteidigung: 07.07.2020

Hinweis: Die in dieser Arbeit verwendeten männlichen oder weiblichen Bezeichnungen beziehen sich immer zugleich auf männliche und weibliche Personen. Beispielsweise die Bezeichnung Arzt bezeichnet in vorliegender Arbeit gleichermaßen als Arzt bzw. Ärztin tätige Männer **und** Frauen. Dies trägt neben der größeren Übersichtlichkeit hauptsächlich zur Wahrung der Anonymität der befragten Teilnehmer und Teilnehmerinnen bei. Eine Diskriminierung – gleich für welches Geschlecht – ist nicht beabsichtigt.

Abkürzungsverzeichnis	I
Zusammenfassung	II
 1 Einleitung	 1
1.1 Gesundheitsverhalten von Ärzten	1
1.2 Somatische und psychische Erkrankungen unter Ärzten	1
1.3. Der Rollenwechsel – vom Arzt zum Patienten	2
1.4. Internationale Leitlinien und Empfehlungen zum Thema Ärztegesundheit	3
1.5. Selbstdiagnostik, Selbsttherapie, informelle Konsultationen.....	4
1.6. Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Ärzte.....	4
1.7. Barrieren für Ärzte beim Zugang zum Gesundheitswesen	5
1.8. Hinleitung zur Fragestellung	7
1.9 Ziel der Studie	7
 2 Methodik	 8
2.1. Studiendesign und Forschungsgegenstand.....	8
2.2. Stichprobe	8
2.2.1. Ausschlusskriterien	9
2.2.2. Durchführung der Stichprobengewinnung	9
2.3. Der Interviewleitfaden	10
2.4. Der Begleitfragebogen	12
2.5. Datengewinnung	13
2.5.1 Interviewdurchführung.....	13
2.5.2. Datenaufbereitung: Transkription und Pseudonymisierung.....	14
2.6. Auswertungsverfahren	15
2.6.1 Qualitative Inhaltsanalyse	15
2.6.2. Frameworkanalyse.....	17
2.6.3. Typenbildung.....	18
2.7. Ethikvotum.....	18

3. Ergebnisse	19
3.1. Stichprobe	19
3.2. Begleitumstände und Besonderheiten der Interviewgespräche.....	23
3.3 Quantitative Beschreibung des Datenmaterials	27
3.4. Kategoriensystem.....	27
3.5 Code-Theory-Model (Conceptual Map)	44
3.6. Frameworkanalyse des Codes „Inanspruchnahme“	47
3.6.1. Auswertung der Subkategorie „Zugang zum Gesundheitssystem“	49
3.6.1.1. Zu welchem Zeitpunkt erfolgte die Kontaktaufnahme im Krankheitsverlauf?	50
3.6.1.2. Wer entscheidet, wohin der Arzt-Patient geht?	62
3.6.1.3. Zu wem bzw. wohin geht der Arzt-Patient bzw. wird er geschickt?... 67	
3.6.1.4. Wie erfolgt die Kontaktaufnahme?.....	77
3.6.2. Inanspruchnahme - Zugänglichkeit	84
3.7. Typenbildung	88
 4. Diskussion	 94
4.1. Diskussion der qualitativen Herangehensweise	94
4.2. Einordnung der Studienpopulation	94
4.2.1. Rekrutierung und Nichtteilnehmer	95
4.3. Diskussion der Ergebnisse	96
4.3.1. Inhaltsanalyse	96
4.3.2. Code-Theory-Model (Conceptual Map).....	99
4.3.3. Frameworkanalyse.....	100
4.3.4. Typenbildung.....	101
4.3.5. Vergleich der im Begleitfragebogen und im Interview gemachten Angaben ..	103
4.4. Diskussion von Empfehlungen für Arzt-Patienten unter Bezug auf das Datenmaterial .	108
4.5. Limitationen der Studie.....	114
 5. Schlussfolgerungen.....	 116
 6. Literatur- und Quellenverzeichnis	 117

7. Anhang	130
Anhang 1: Interviewleitfaden	121
Anhang 2: Begleitfragebogen	123
Anhang 3: Transkriptionsregeln.....	128
Anhang 4: Tabellenverzeichnis.....	129
Anhang 5: Abbildungsverzeichnis	130
Anhang 6: Publikationsliste	131
Anhang 7: Ehrenwörtliche Erklärung	132
Anhang 8: Danksagung	133

Abkürzungsverzeichnis

A-B	Arzt-Behandler: ein Arzt, der einen anderen Arzt behandelt oder berät
A-P	Arzt-Patient: ein kranker Arzt, d. h. approbierter Mediziner
AU(-)	Arbeitsunfähigkeit(s-)
BKK	Betriebskrankenkasse: eine gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland
BMA	British Medical Association
BtMVV	Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung
CPSO	College of Physicians and Surgeons of Ontario
FA	Facharzt
FSU	Friedrich-Schiller-Universität
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMC	General Medical Council
GP	General Practitioner: entspricht einem Hausarzt im Vereinigten Königreich
HA	Hausarzt
MFA	Medizinische Fachangestellte
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NHS	National Health Service: steht für das Gesundheitssystem im UK
OP	Operation(s-)
PKV	Private Krankenversicherung
PJ	Praktisches Jahr: Bezeichnung für den letzten Studienabschnitt des Medizinstudiums in Deutschland mit praktischer Tätigkeit
RACGP	Royal Australian College of General Practitioners
V. a.	Verdacht auf
VO	Verordnung
VorgV	Vorgesetztenverordnung der deutschen Bundeswehr: regelt die Vorgesetztenverhältnisse und damit wer wem Befehle erteilen darf bzw. zu gehorchen hat
WHO	World Health Organization: Weltgesundheitsorganisation
ZA	Zahnarzt
ø	durchschnittlich

Zusammenfassung

INANSPRUCHNAHME DES GESUNDHEITSSYSTEMS DURCH ARZT-PATIENTEN IM EIGENEN KRANKHEITSFALL – EINE QUALITATIVE STUDIE AN HAUSÄRZTEN

von Friederike Hecker

Wissenschaftlicher Hintergrund: Internationale Studien zeigen für die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch Ärzte im eigenen Krankheitsfall beeinflussende, v. a. hinderliche Faktoren auf. Im deutschsprachigen Raum gibt es bisher kaum Untersuchungen zu diesem Thema. Die ungeprüfte Übertragbarkeit der vorhandenen Daten aus anderen Ländern auf das deutsche Gesundheitssystem ist durch die Verschiedenartigkeit der Gesundheitssysteme nicht gegeben.

Fragestellung und Ziel der Studie: Das Feld der Inanspruchnahme des deutschen Gesundheitswesens durch Arzt-Patienten sollte qualitativ erschlossen werden. Es waren fördernde und hindernde Faktoren zu identifizieren, die diese Inanspruchnahme beeinflussen.

Methodik: Nach Entwicklung eines Interviewleitfadens wurden im Zeitraum 12/2014-03/2015 insgesamt 16 offene Leitfadeninterviews mit einem Convenience Sample Thüringer Hausärzte durchgeführt und aufgezeichnet. Am wortwörtlich transkribierten Material erfolgte eine inhaltsanalytische Auswertung nach Kuckartz. Dabei wurde mittels deduktiv-induktivem Verfahren ein Kategoriensystem entwickelt. Eine tiefergehende Analyse desselben erfolgte mit der Erstellung eines Code-Theory-Model (Conceptual Map) in MAX-QDA 11. In einem weiteren Schritt wurden eine vertiefende Analyse des Codes „Inanspruchnahme“ und eine detaillierte Auswertung der Subkategorie „Zugang zum Gesundheitssystem“ mittels Framework-Analyse durchgeführt. Parallel erfolgte eine induktive Typenbildung. Mithilfe eines Begleitfragebogens wurden u. a. soziodemographische Merkmale zur Beschreibung der Interviewteilnehmer erhoben. Zudem wurden ausführliche Memos u. a. zur Befragungssituation verfasst.

Ergebnisse: Es wurden 16 Hauptkategorien im Sinne beeinflussender Faktoren der Inanspruchnahme des deutschen Gesundheitswesens durch Arzt-Patienten gefunden. Sie enthalten jeweils sowohl förderliche als auch hinderliche Aspekte. Diese Faktoren liegen z. T. innerhalb der Person des Befragten (z. B. Definitionen von „Krankheit“ oder „Gesundheit“,

„Vorwissen/Vermutungen Ärztegesundheit“, „Einstellungen und Werte“), z. T. außerhalb („Gesundheitssystem“, „Umfeld“). Eine besondere Rolle spielen etwaige „Arzt-Behandler“ und die „Arzt-Patienten-Beziehung“, die zwischen ihnen und dem „Arzt-Patienten“ entsteht. Die Person des Letzteren steht mit all ihrem Krankheitserleben und -verhalten im Mittelpunkt. Aus allen genannten Punkten resultiert die „Inanspruchnahme“ im eigenen Krankheitsfall. Aus ihr können „Folgen/Konsequenzen“ entstehen, die auf künftige Inanspruchnahmen Einfluss haben. Gesondert betrachtet wurde Inanspruchnahme im Rahmen von „Gesundheitsverhalten“. Weitere Faktoren sind „Prägung“, „Medizinisches (Fach-)Wissen“, „Naturheilkunde und andere alternative Heilweisen“ und „Sonstiges“. Im Code-Theory-Model (Conceptual Map) wurden die gefundenen Zusammenhänge zwischen den Faktoren visualisiert. Der konkrete Zugang von Arzt-Patienten ist sehr individuell und von den gefundenen Einflussfaktoren abhängig. Wichtig sind u. a. der persönliche Leidensdruck, der Autonomieanspruch, die freie Arztwahl und das evtl. Vorhandensein eines kollegialen Netzwerkes. Zusammenfassend wurden vier Typen von Arzt-Patienten bezüglich der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems beschrieben: ängstlich-abhängiger/-autonomer und vertrauensvoll-abhängiger/-autonomer Typ. Der Grad des Vertrauens und der Grad der Selbstbestimmtheit stellen die Grundlage der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Arzt-Patienten dar.

Diskussion: Das Feld des Arzt-Patienten im deutschen Gesundheitssystem wurde erstmals qualitativ erschlossen. Der Vergleich mit internationalen Studien zeigt, dass sich viele aus der Literatur bekannte Barrieren in den vorliegenden Ergebnissen widerspiegeln. Die hier entwickelte Darstellung von der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Arzt-Patienten ist dabei jedoch wesentlich umfassender und detaillierter. So wurde festgestellt, dass die gefundenen Faktoren jeweils auch der Inanspruchnahme förderliche Aspekte enthalten. Zudem wurden kategorienübergreifende Zusammenhänge zwischen den Faktoren hergestellt und visualisiert. Erstmals erfolgte eine Typenbildung bezüglich der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch Arzt-Patienten.

Schlussfolgerungen: Arzt-Patienten sind eine besondere Patientengruppe und ihre Inanspruchnahme des Gesundheitswesens im eigenen Krankheitsfall wird durch spezifische Faktoren beeinflusst. Aus den Ergebnissen lassen sich Hypothesen für die weiterführende Forschung ableiten. Eine tiefergehende Analyse der gefundenen Faktoren und Aspekte erscheint wertvoll. Perspektivisch könnten die Erkenntnisse helfen, den adäquaten Zugang zum Gesundheitssystem für Hausärzte im eigenen Krankheitsfall zu erleichtern.

1 Einleitung

Ärzte haben eine zentrale Rolle im Gesundheitssystem und sind verantwortlich für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Ökonomisch kommt der Gesundheit von Ärzten eine große Bedeutung zu. Ein aus seinem Beruf krankheitsbedingt zeitweise oder dauerhaft ausscheidender Arzt verursacht aufgrund der hohen Investitionen in Form von Ausbildungskosten und weiteren Förderungen hohe volkswirtschaftliche Kosten. Weiterhin können die Behandlungs- und Entscheidungskompetenz eines Arztes durch eine eigene Erkrankung negativ beeinflusst werden.

Zudem haben Ärzte Vorbildwirkung und damit einen hohen Einfluss auf das Verhalten der Patienten (Frank et al. 2013). Aufgrund der demographischen Entwicklung wird eine Zunahme des Ärztemangels prognostiziert (Schmidt et al. 2012). Ein krankheitsbedingter Ausfall von Hausärzten als bedeutende Garanten der flächendeckenden medizinischen Versorgung kann zu einer weiteren Unterversorgung der betroffenen Bevölkerung und damit implizit zu einer Beeinträchtigung der Patientensicherheit führen. Umso wichtiger sind die Gesundheit und Leistungsfähigkeit jedes einzelnen Arztes.

Während das Thema Ärztegesundheit international seit einigen Jahren wissenschaftlich untersucht wird und zunehmend Beachtung findet, sind in Deutschland bisher nur wenige Untersuchungen vorhanden (Schulz et al. 2014).

1.1 Gesundheitsverhalten von Ärzten

Studien geben Hinweise, dass sich der Gesundheitsstatus von Ärzten nicht von dem der Allgemeinbevölkerung unterscheidet, obwohl sich Ärzte tendenziell sogar gesundheitsbewusster hinsichtlich Ernährung, körperlicher Aktivität sowie Nikotin- und Alkoholabusus verhalten (Schulz et al. 2014, George et al. 2014, Kaiser 2005). Die Autoren warnen jedoch gleichzeitig, dass das Gesundheitsverhalten der untersuchten Hausärzte nicht optimal sei (Kaiser et al. 2005).

1.2 Somatische und psychische Erkrankungen unter Ärzten

Ärzte leiden unter erhöhtem arbeitsbedingtem Stress (Fox et al. 2009, Bergner 2004). Dies kann sie anfällig für Krankheiten machen (Kinnunen-Amoroso und Liira 2014).

Für den Zusammenhang von Erkrankungen mit der arbeitsbedingten Belastung von Ärzten gibt es deutliche Hinweise (Bergner 2004, Stansfeld und Candy 2006, Fuchs et al. 2009, Brooks et al. 2011). So haben Ärzte ein höheres Risiko für psychische Erkrankungen wie z. B.

Depression, „Burnout“, Sucht- und Angsterkrankungen (Brooks et al. 2011, Fuchs et al. 2009). Die Suizidrate ist unter Ärzten im Vergleich zur Normalbevölkerung deutlich erhöht (George et al. 2014, Schulz et al. 2014).

Doch auch somatisch erkrankten Mediziner (Campbell und Delva 2003, Hübler et al. 2010). Das Spektrum von somatischen Erkrankungen scheint dem der Allgemeinbevölkerung ähnlich zu sein. In einer Studie bei sächsischen Ärzten wurden vor allem Krankheiten des Bewegungsapparates, Allergien, Herz-Kreislauf- und neurologisch-sensorische Erkrankungen gefunden (Hübler et al. 2010).

Eine hohe Anzahl von Ärzten ist chronisch krank beziehungsweise nimmt regelmäßig verschreibungspflichtige Medikamente. (Campbell und Delva 2003, Kay et al. 2008, Gautam und MacDonald 2001).

Die Prävalenz chronischer Erkrankungen bei Ärzten wird zwischen 13 % und 44 % geschätzt (Campbell und Delva 2003, Davidson und Schattner 2003).

In einer in Thüringen und Sachsen durchgeführten quantitativen Querschnittsstudie zum Gesundheits- und Krankheitsverhalten von Hausärzten gaben 164 von 285 Befragten (58 %) an, chronisch krank zu sein. 28 % wiesen eine chronische Erkrankung, 17 % zwei chronische Erkrankungen, 7 % drei chronische Erkrankungen und 6 % vier oder mehr chronische Erkrankungen auf. Dabei schätzen 36 % der befragten Ärzte den Schweregrad ihrer Erkrankungen als mittel oder schwer ein (Oswald 2014).

1.3. Der Rollenwechsel – vom Arzt zum Patienten

Ein besonderer Aspekt ist die Rollenambiguität, die ein Arzt-Patient erfährt, wenn er krank wird.

Talcott Parsons definierte 1951 in „Illness and the Role of the physician: a sociological perspective“ die Rolle des Kranken bzw. Patienten und die Rolle des Arztes als institutionalisierte, soziale Rollen mit institutionell definierten, z. T. gegensätzlichen Erwartungen (Parsons 1951). Um die Rolle des Patienten einnehmen zu können, d. h. sich in die Behandlung eines Arztes zu begeben, muss der Kranke sich eingestehen, dass er krank ist. Diese klassischen Rollenerwartungen werden sowohl von Ärzten als auch von der Bevölkerung getragen (Gautam und MacDonald 2001). Wenn ein Arzt krank wird, werden gleichzeitig konträre Rollenerwartungen an ihn in seiner Rolle als Arzt und seiner Rolle als Kranker gestellt. Insbesondere hinsichtlich der ärztlichen Rolleneigenschaften „Kompetenz“ und „Altruismus“

kann es zu sogenannten Rollenkonflikten kommen (Dahrendorf 2006). Studien geben zudem Hinweise auf ein idealisiertes Selbstbild von Ärzten, welches davon gekennzeichnet ist, dass sie selbst nicht von Krankheit betroffen sein können und regelrecht unverwundbar sind (Schrauth et al. 2009, Beelmann 2003).

Neuere Rollenmodelle sehen eine partizipative Entscheidungsfindung zwischen Arzt und mündigem Patienten oder sogar ein Konsumentenverhältnis vor (Buddeberg 2004, Schulz et al. 2014).

Von den unterschiedlichen Rollenmodellen unabhängig sehen sich Arztbehandler aber häufig kodiagnostizierenden und kotherapierenden Kollegen gegenüber, die zwar grundsätzlich kompetent, aber befangen seien (Schulz et al. 2014). Dies mache die Arzt-Patienten-Beziehung besonders und in mancher Hinsicht schwieriger.

1.4. Internationale Leitlinien und Empfehlungen zum Thema Ärztegesundheit

International gibt es bereits Empfehlungen und Leitlinien für Ärzte zum Thema Ärztegesundheit. Diese beruhen jedoch aufgrund unzureichender studienbasierter Fakten weitgehend auf normativer Argumentation.

Schon 2008 gab es eine Leitlinie vom GMC im UK über „Good Practice in Prescribing Medicines“ (General Medical Council 2008). Darin wird davon abgeraten, sich selbst oder seine Angehörigen zu behandeln. Außerdem wird empfohlen, bei einem eigenen General Practitioner (GP) registriert zu sein.

Die 2010 erschienene Leitlinie „Ethical responsibilities in treating doctors who are patients“ der BMA schließt sich der Empfehlung zur Vermeidung der Selbstbehandlung und der Behandlung Familienangehöriger an und erweitert ihre Empfehlungen auf den verantwortlichen Umgang der Ärzte mit sich selbst und ihren kranken Kollegen (British Medical Association 2010). Dem kranken Arzt werden die gleichen Rechte wie anderen Patienten zugesprochen und es wird empfohlen, Arzt-Patienten wie normale Patienten zu behandeln.

Auch die kanadische Leitlinie „Treating Self and Family Members“ der CPSO von 2007 warnt vor Selbstbehandlung und Behandlung von Familienmitgliedern (College of Physicians and Surgeons of Ontario 2007). Dabei wird besonderer Wert auf die Beeinträchtigung der Arzt-Patienten-Beziehung durch eine persönliche, emotionale Beziehung zum Patienten gelegt und entsprechend die Überweisung an einen anderen Arzt empfohlen.

„The RACGP Curriculum for Australian General Practice 2011“ widmet sich in einem Kapitel dem Thema „Doctor’s health“ (Royal Australian College of General Practitioners 2011). Dabei

wird näher auf die Selbstfürsorge, die Nutzung des Gesundheitssystems, Vorsorgemaßnahmen, gesundheitsförderndes Verhalten und die gesundheitliche Versorgung von Arzt-Patienten und den Familienmitgliedern von Ärzten eingegangen.

Fox et al. und Montgomery et al. fordern, mit Interventionen bereits im Bereich der Ausbildung von Ärzten anzusetzen (Fox et al. 2009, Montgomery et al. 2011), denn Medizinstudenten würden bestimmte Rollenbilder und Verhaltensweisen wie Selbstverschreibung von Medikamenten sehr wirkungsvoll „gelehrt“ bekommen (Montgomery et al. 2011).

1.5. Selbstdiagnostik, Selbsttherapie, informelle Konsultationen

Selbstmedikation und Selbsttherapie, einschließlich Selbstüberweisungen, sind ein in der Ärzteschaft übliches Verhalten.

Chambers und Belcher erhoben in einem Fragebogen Angaben zur Selbstverschreibung (84 %) und Selbstüberweisung (51 %) von 247 GPs. Die Angemessenheit der Behandlung wurde von einer Jury aus sieben GPs beurteilt und nur bei 68 % der Selbstüberweisungen und 12 % der Selbstmedikationen vor dem Aufsuchen eines Spezialisten für angemessen befunden (Chambers und Belcher 1992).

Daraus lässt sich ableiten, dass hier auch ein gewisses Selbstgefährdungspotential besteht.

In der 2014 in Thüringen und Sachsen durchgeführten Querschnittsstudie gab die Mehrheit der Ärzte an, weiterführende Selbstdiagnostik (68 %), z. B. Labor und Selbsttherapie (61 %), durchzuführen. Auch bei chronischen Erkrankungen machte ein Drittel der Ärzte die Angabe, sich immer selbst zu therapieren, einschließlich Selbstmedikation (Oswald 2014).

Zudem finden Konsultationen bei ärztlichen Kollegen zum Teil „informell“ statt (Schulz et al. 2014). Merkmale informeller Konsultationen können unter anderem sein, dass der Patient nicht vom Behandler untersucht wird, die Kommunikation nicht direkt und persönlich erfolgt, keine vollständige Einsicht in die Krankenakte vorliegt, die Konsultation nicht schriftlich erfasst und auch nicht finanziell abgerechnet wird.

1.6. Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Ärzte

Gemäß den internationalen Empfehlungen sollten Ärzte einen eigenen Hausarzt haben (General Medical Council 2008). Die tatsächlichen Registrierungsdaten schwanken stark.

Laut einem Review zum Thema „Doctors‘ access to health care“ waren zwischen 20 % und 100 % der jeweiligen Studienteilnehmer bei einem GP registriert (Kay et al. 2008). Die großen Unterschiede zwischen den einzelnen Studien erklären Kay et al. mit den unterschiedlichen Gesundheitssystemen, in denen die Studien stattfanden. Einige Gesundheitssysteme wie z. B.

der NHS im UK verlangen die zwingend vorgeschriebene Registrierung bei einem GP, sodass die Registrierungsraten dort bei über 90 % liegen.

Bezüglich der Inanspruchnahme hausärztlicher Versorgung gaben in einer Studie im deutschsprachigen Raum hingegen nur 21 % der Schweizer Ärzte der Primärversorgung an, regulär einen eigenen Hausarzt (regular doctor) zu besitzen (Schneider et al. 2007). Ähnlich niedrig war die Zahl in der bereits erwähnten Querschnittsstudie in Sachsen und Thüringen. Nur 19 % aller Befragten und 24 % aller chronisch kranken Hausärzte gaben an, einen eigenen Hausarzt zu besitzen (Oswald 2014).

Als eine mögliche Ursache für die sehr niedrige Rate der bei einem Hausarzt registrierten Hausärzte in Deutschland nennen Schulz et al. die freie Arztwahl, d. h. es wird angenommen, dass ein Teil der deutschen Hausärzte direkt einen Facharzt kontaktiert, ohne vorher einen Hausarzt aufzusuchen (Schulz et al. 2017). Zudem gibt es einen Zusammenhang zwischen niedrigen Registrierungsraten bei einem GP und andererseits hohen Selbstbehandlungsraten (Schulz et al. 2017, Montgomery et al. 2011). Auch die Tätigkeitsform hat einen Einfluss: Ärzte, die in Gemeinschaftspraxen arbeiten, waren laut dem Review von Schulz et al. häufiger bei einem Hausarzt registriert. Es wird angenommen, dass verschiedene Probleme von Ärzten beim Zugang zum Gesundheitssystem, wie Zeitknappheit und Verfügbarkeit eines lokalen Hausarztes, in Gemeinschaftspraxen leichter überwunden werden können (Schulz et al. 2017). Wichtig bei der Betrachtung dieser Zahlen ist, dass einen GP zu haben nicht in allen Fällen einen besseren Zugang zum Gesundheitswesen sicherstellt (Kay et al. 2008).

Trotz der hohen Belastungen gehören Ärzte in Deutschland laut dem BKK Gesundheitsreport mit acht Fehltagen im Jahr zu den Berufsgruppen mit den wenigsten Arbeitsunfähigkeitstagen (BKK 2010). In einer Befragung von englischen Ärzten mit einer chronischen psychiatrischen Erkrankung gaben nur 5 % an, jemals wegen ihrer Erkrankung im Arbeitsleben ausgefallen zu sein (Gautam und MacDonald 2001).

Die geringe Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird unter anderem mit der beruflichen Autonomie und der Verantwortung als Selbstständiger begründet (Schulz et al. 2014).

1.7. Barrieren für Ärzte beim Zugang zum Gesundheitswesen

Wie internationale Untersuchungen zeigen, scheint es spezifische Schwierigkeiten beim Zugang zum Gesundheitssystem für Ärzte zu geben.

George et al. haben für die USA herausgefunden, dass Ärzte die Selbstfürsorge vernachlässigen und zusätzlich Barrieren, wie z. B. Bedenken über fehlende Diskretion u. a. in elektronischen Computersystemen, Angst vor Konsequenzen, Stigmata oder Zeitnot überwinden müssen, um sich behandeln zu lassen (George et al. 2014).

Montgomery et al. 2011 beschreiben „kulturelle Einstellungen“ der medizinischen Profession, welche zu einem inadäquaten Selbstbehandlungsverhalten führten und Ärzte hinderten, eigene Krankheitssymptome anzuerkennen. Die Autoren nennen vier Hauptfaktoren: a) Vermeidung der Rolle des Patienten, b) Akzeptanz von Selbstbehandlung als Norm, c) Work performance bzw. der Druck weiterzuarbeiten, d) Schutz, im Sinne von Privatsphäre, oder Gesundheitsprobleme unter der Kontrolle des einzelnen Arztes oder einer kleinen Gruppe ausgesuchter Kollegen zu behalten (Montgomery et al. 2011).

In verschiedenen qualitativen Studien wurden Barrieren für Ärzte beim Zugang zum Gesundheitswesen untersucht. Von diesen befassten sich nur wenige Studien mit „family physicians“ bzw. GPs.

Thompson et al. befragten 27 GPs in Nordirland in Interviews und Fokusgruppen. Als Barrieren wurden u. a. die Notwendigkeit, ein gesundes Image gegenüber Patienten und Kollegen zu zeigen, Beschämung, die Patientenrolle anzunehmen und Pflichtgefühl gegenüber Patienten und Kollegen gefunden (Thompson et al. 2001).

In der qualitativen Studie von Fox et al. wurden 17 GPs aus zwei Primary care trusts in Westengland mit Erfahrung von signifikanter Krankheit anhand semistrukturierter Interviews befragt (Fox et al. 2009). Es wurden vier Hauptkategorien gefunden. „Who cares when doctors are ill?“ beschreibt die Auffassung des Begriffs Medizin sowohl als „caring profession“ als auch als „System“. „Being a doctor-patient“ beschreibt die Rollenambiguität, die Ärzte erfahren, wenn sie krank werden. „Treating doctor-patients“ zeigt den Aspekt, dass sich Ärzte, die Arzt-Patienten behandeln, keinen normalen Patienten gegenübersehen. Und viertens „Impact on practice“ beleuchtet, wie eigenes Krankheitserleben von Ärzten sich auf die Behandlung ihrer Patienten auswirkt. Zudem herrsche unter Ärzten eine Kultur der Immunität gegen Krankheiten.

Basierend auf den Ergebnissen der internationalen Studien wurden in der 2014 in Thüringen und Sachsen durchgeführten quantitativen Studie Barrieren für die Inanspruchnahme hausärztlicher Versorgung im eigenen Krankheitsfall durch Hausärzte erfragt (Oswald 2014). Dabei wurde allerdings nicht zwischen Bagatell- und schwereren Erkrankungen unterschieden. Die Hausärzte gaben vor allem an, sich viel selbst kurieren zu wollen bzw. zu können (62 %).

Auch der fehlende Bedarf an AU-Bescheinigungen als Selbstständiger (43 %), fehlende Zeit (33 %), der Wunsch, Kollegen nicht belasten zu wollen (15 %) oder in unangenehme Situationen zu bringen (7 %), sowie fehlendes Vertrauen (5 %) wurden im Fragebogen als zutreffend angekreuzt.

Schulz et al. nehmen an, dass der Grad des Leidens relevant für das Aufsuchen professioneller Hilfe ist. Die Autoren benennen u. a. die Schwierigkeit, sich selbst persönlich und emotional gegenüber Fachkollegen bloßzustellen, als Barriere für Hausärzte, medizinische Versorgung aufzusuchen (Schulz et al. 2017).

1.8. Hinleitung zur Fragestellung

Ärzte verfügen über ein umfangreiches medizinisches Fachwissen. Dieses und ihre berufliche Position im Gesundheitswesen ermöglichen ihnen Selbstmedikation und Selbstbehandlung in einem Grad, welcher weit über die Möglichkeiten der Allgemeinbevölkerung hinausgeht.

Wie die internationalen Studien zeigen, gibt es für die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch Ärzte im eigenen Krankheitsfall spezifische beeinflussende Faktoren. Im deutschsprachigen Raum gibt es bisher kaum Untersuchungen zu diesem Thema. Aufgrund der Verschiedenartigkeit der Gesundheitssysteme und damit einhergehender unterschiedlicher Rahmenbedingungen können z. B. im Vereinigten Königreich und den USA erhobene Daten und daraus gezogene Schlussfolgerungen nicht ungeprüft auf das deutsche Gesundheitssystem übertragen werden. Besonderheiten des deutschen Gesundheitssystems bestehen z. B. in einer freien Arztwahl und in der beruflichen Autonomie vieler Ärzte.

Weiterhin wurden in den bisher vorhandenen Studien hauptsächlich hinderliche Faktoren im Sinne von Barrieren untersucht.

1.9 Ziel der Studie

Mit dieser Studie soll das Feld der Inanspruchnahme des deutschen Gesundheitswesens durch Arzt-Patienten qualitativ erschlossen werden. Es sollen fördernde und hindernde Faktoren identifiziert werden, die diese Inanspruchnahme beeinflussen.

2 Methodik

2.1. Studiendesign und Forschungsgegenstand

Da bisher in Deutschland kaum Daten zu diesem Thema existieren und erst einmal „Grundlagenforschung“ betrieben werden muss, wurde die Forschungsfrage mittels einer qualitativen Studie (Lamnek 2010, Flick 1995, Sielk 2004) untersucht. Dieses Vorgehen ermöglichte es, subjektive Wahrnehmungen und Bewertungen bei größtmöglicher Offenheit einzufangen. Dabei sollten auch – über in quantitativen Studien z. B. per Fragebogen erfassbare Aspekte hinaus – bisher noch nicht bedachte Einflussfaktoren aufgefunden werden. Es war wichtig zu betrachten, welche förderlichen oder hinderlichen Faktoren aus der Sicht der betroffenen Ärzte existieren und durch diese selbst benannt werden.

Der Forschungsgegenstand ist die Schilderung des Prozesses einer eigenen Erkrankung durch einen Hausarzt: vom Auftreten der allerersten Symptome einer Erkrankung über einen eventuellen Arztbesuch bis einschließlich der Auswirkungen dieses Arztbesuches und des weiteren Verlaufs der Erkrankung. Dabei wurden auch Einstellungen zu Gesundheit, Krankheit, Arztbesuchen, Selbstdiagnostik und -therapie sowie das Erleben als Arzt-Patient thematisiert. Es kamen offene Leitfadenterviews zum Einsatz (Helfferich 2011, Rosenthal 2011).

Die Interviews wurden mittels Digital Recorder aufgenommen und anschließend transkribiert. Die Auswertung erfolgte im ersten Auswertungsschritt inhaltsanalytisch (Kuckartz 2014, Mayring 2010). Vertiefend wurde eine Framework-Analyse der im ersten Schritt gefundenen Hauptkategorie „Inanspruchnahme“ und eine Typenbildung durchgeführt (Gale 2013, Kuckartz 2016, Schnell 2018, Kuckartz 2006). Zudem wurden mithilfe eines Begleitfragebogens u. a. soziodemographische Daten zur Stichprobenbeschreibung erhoben und zu jedem Interview ausführliche Memos und ein Interviewprotokoll zur Befragungssituation verfasst.

2.2. Stichprobe

Aufgrund der Durchführung dieser Studie als Promotionsarbeit mit begrenztem Zeitrahmen der Datenerhebung, welche allein durch die Doktorandin erfolgte, war nur eine begrenzte Stichprobengröße realistisch umsetzbar. Als Minimum wurden vor Studienbeginn eine Stichprobengröße von $n = 10$ festgelegt. Weiterhin war die Beschränkung auf eine medizinische Fachrichtung nötig, um den Bias, der durch den Einfluss der unterschiedlichen Fachdisziplinen entsteht, bei begrenzter Stichprobengröße auszuschließen.

Die Population der Hausärzte wurde ausgewählt, weil sie durch die Rahmenbedingungen ihrer Fachrichtung für die Fragestellung besonders interessant ist. Hausärzte verfügen über ein

umfangreiches, breitgefächertes medizinisches Wissen, aus vielen unterschiedlichen Fachbereichen. Dieses und die berufliche Autonomie vieler Hausärzte ermöglichen Ihnen Selbstmedikation und Selbstbehandlung in fast allen medizinischen Bereichen, welche über die Möglichkeiten zahlreicher anderer Fachdisziplinen hinauszugehen scheinen.

Hausärzte sind oft die erste Anlaufstelle für Patienten. Sie tragen in der Regel die Einzelverantwortung für viele Patienten. Zu einem hausärztlichen Kollegen zu gehen, der eigentlich das gleiche Wissen haben müsste wie der kranke Hausarzt selber, also auf gleicher Stufe steht, kann Probleme aufwerfen. Zudem leiden Hausärzte oft unter einer hohen Arbeitsbelastung, die, wie oben ausgeführt, anfälliger für Krankheiten macht. Dies liegt u. a. an systembedingten Faktoren, wie z. B. einer hohen Arbeitsdichte mit hohem Termindruck und hoher Kontaktdichte. Besonders deutlich wird die Problematik in Gebieten mit drohender oder vorhandener Unterversorgung.

Daraus ergibt sich die These, dass Hausärzte im Vergleich zu anderen Fachdisziplinen höhere und spezifische Barrieren zu überwinden haben, bevor sie einen Kollegen zu Rate ziehen. Die Fragestellung könnte in diesem Feld am deutlichsten spürbar sein. Das macht praktisch tätige Hausärzte zu einer interessanten Stichprobengruppe.

Ziel war es, eine möglichst große Heterogenität der untersuchten Population hinsichtlich möglicher Einflussfaktoren wie Alter, Geschlecht und Herkunft zu erreichen.

Es wurden insgesamt 16 Interviews mit praktisch tätigen Hausärzten und Hausärztinnen aus Thüringen durchgeführt.

2.2.1. Ausschlusskriterien

Ausgeschlossen von der Befragung waren Hausärzte, die zur Interviewerin engeren Kontakt haben oder hatten, z. B. Freunde, Bekannte, Praktikumsbetreuer oder Institutsmitarbeiter, da dies die Interviewsituation etwa durch gegenseitiges Vorwissen um die Person des Gegenübers verfälscht haben würde und wichtige Dinge z. B. aus Scham potentiell gar nicht zur Sprache gekommen wären. Dies hätte ein Reporting Bias der Ergebnisse bedeutet.

2.2.2. Durchführung der Stichprobengewinnung

In einem ersten Schritt wurde die Studie gezielt z. B. auf hausarztspezifischen Fortbildungsveranstaltungen und in Einladungsmails (z. B. zu Qualitätszirkeln etc.) beworben. Die Teilnehmerrekrutierung erfolgte durch freiwilliges Eintragen in eine ausgelegte Kontaktliste. Anschließend vereinbarte die Doktorandin telefonisch individuelle Interviewtermine mit den Interessenten.

Da sich nicht genügend Teilnehmer auf diesem Weg rekrutieren ließen, erfolgte die telefonische Kontaktaufnahme mit ausgewählten Lehrpraxen des Instituts für Allgemeinmedizin Jena. Das Einverständnis des angerufenen Hausarztes vorausgesetzt, wurden anschließend personalisierte Anschreiben mittels Email oder Fax zugesendet. Anschließend wurde telefonisch nachgefragt und Interviewtermine mit den Hausärzten, die zu einem Interview bereit waren, vereinbart. Gleichzeitig wurde die Werbung auf hausarztspezifischen Fortbildungsveranstaltungen fortgesetzt und auf diesem Wege ebenfalls weitere Probanden rekrutiert.

Insgesamt wurden 22 Personen von der Doktorandin telefonisch zu ihrer Teilnahmebereitschaft befragt. Von diesen konnten 16 erfolgreich interviewt werden. Das entspricht einer Teilnahmerate von 72 %. Mit allen Hausärzten, die sich selbst gemeldet hatten (13 von 16), z. B. durch Eintragen in eine Kontaktliste, wurde auch ein Interview durchgeführt. Von den neun zusätzlich angesprochenen Hausärzten waren drei zu einem Interview bereit.

Dabei wurden die interviewten praktisch tätigen Hausärzte nur nach ihrer Teilnahmebereitschaft ausgewählt und nicht nach soziodemographischen Merkmalen, da diese bis auf das Geschlecht vor Durchführung des Interviews nicht bekannt waren (Convenience Sample).

2.3. Der Interviewleitfaden

Der den Interviews zugrunde liegende Interviewleitfaden wurde in Zusammenarbeit mit dem Soziologischen Institut der FSU Jena erarbeitet.

Der Leitfaden ist in vier thematische Teile gegliedert:

- Teil I Einstiegsfrage
- Teil II weiterer Verlauf
- Teil III ergänzende Nachfragen
- Teil IV Abschlussfrage

Zu Beginn wurde die offene, immer gleiche Einstiegsfrage gestellt: „Ich nehme an, Sie haben sich schon einmal so richtig schlecht oder krank gefühlt, sodass Sie sogar daran gedacht haben, einen Arzt aufzusuchen. Können Sie mir von dieser Situation erzählen, bitte?“ Diese Frage sollte den Interviewten zum Erzählen über den Forschungsgegenstand anregen, ohne das Forschungsinteresse direkt zu benennen. Damit sollte ein Bias durch Einschränkung des vom Interviewten erzählten Inhaltes auf Aspekte, die ihm persönlich aktiv dazu einfallen oder sozial erwünschtes Erzählen vermieden werden. Die Formulierung wurde bewusst so offen gewählt,

damit auch Erkrankungen, die letztlich nicht zu einem Arztbesuch geführt haben, angesprochen werden konnten. Zum einen, da rein theoretisch die Möglichkeit bestand, dass ein Interviewter zum Interviewzeitpunkt noch nie im eigenen Krankheitsfall einen anderen Arzt aufgesucht hat. Zum anderen, da die in diesen Fällen geschilderten Beweggründe gegen die Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung auch Gegenstand des Forschungsinteresses sind.

Um den Erzählvorgang aufrechtzuerhalten bzw. anzuregen, enthält der Leitfaden Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen sowie den Hinweis auf nonverbale Aufrechterhaltung. Darunter sind z. B. zustimmendes Nicken und Halten des Blickkontakts zu verstehen. Zusätzlich sind Hilfen für ergänzende Nachfragen formuliert. Sie beziehen sich auf folgende Themenbereiche:

- das Erleben und Verhalten als Arzt-Patient (einschließlich der Wertung des Erlebten)
- Reaktionen des Umfeldes
- Selbstbehandlung
- der Prozess von den ersten Symptomen bis zum Arztbesuch
- Beweggründe für das Aufsuchen eines Arztes
- Erleben und Wertung eines etwaigen Arztbesuches
- Erwartungen an den Arzt-Behandler
- Vertrauen zum Arzt-Behandler
- Compliance
- Auswirkungen des erlebten Arztbesuches auf die Einstellung des Befragten zum Aufsuchen von Ärzten
- die eigene Rolle im Erkrankungsfall
- das Selbstverständnis des Befragten als Arzt (einschließlich der Vorbildrolle für Patienten)
- Umgang mit Bagatellerkrankungen
- Bedeutung von Gesundheit und Krankheit für den Befragten

Zudem gibt es wenige konkrete Fragen, die in jedem Interview an passender Stelle genauso gestellt werden sollten. In dem Fall, dass kein Arztbesuch erfolgte: „Warum sind Sie nicht zum Arzt gegangen?“ Außerdem: „Ganz allgemein, gibt es etwas in Ihrem Leben, dass Ihre Einstellung zu Ärzten nachhaltig geprägt hat?“ und „Gibt es für Sie Unterschiede zwischen Ihrem Verhalten vor Ihrem Medizinstudium und wenn Sie heute krank werden?“ Mit den letzten beiden Fragen sollte die Annahme, dass Prägung ein Einflussfaktor ist, untersucht werden. Es wurde angenommen, dass die Befragten bei einem Gespräch über aktuelles Krankheitsgeschehen nicht unbedingt von selbst auf diesen Aspekt zu sprechen kämen.

Die Abschlussfrage lautet jeweils: „Was würden Sie mir gern noch zum Thema Ärztegesundheit mitgeben?“

Der komplette Leitfaden befindet sich im Anhang (Anhang 1).

2.4. Der Begleitfragebogen

Der Begleitfragebogen enthält insgesamt 28 Fragen. Diese bestehen aus freien und Multiple-Choice-Antworten. Die ersten 14 Fragen dienen der Stichprobenbeschreibung hinsichtlich soziodemographischen Merkmalen wie z. B. Alter, Geschlecht, Familienstand und Kinder, Herkunftsfamilie, Ausbildungsweg, Dauer der jeweiligen praktischen Tätigkeit im stationären und ambulanten Bereich, Arbeitsmodell [Einzelpraxis – Gemeinschaftspraxis – Praxisgemeinschaft – MVZ – Andere], Beschäftigungsverhältnis [selbstständig – angestellt], Dauer der Selbstständigkeit, Lage der Praxis [Stadt – Land], Patientenzahl pro Quartal [Scheinzahl] und Versicherung [GKV-PKV].

Die restlichen 14 Fragen betreffen das Thema Ärztegesundheit. So sollte ein umfassendes Bild vom Befragten erzielt werden, auch für den Fall, dass im Interview eventuell nicht alle Aspekte thematisiert worden sein sollten. Zudem ermöglichen die im Fragebogen gemachten Angaben einen Vergleich mit den Aussagen im Interview.

Sechs der 14 Fragen widmen sich der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes und dem Konsultationsverhalten. Je eine Multiple-Choice-Frage wurde zur Selbstbehandlung, zum Selbstbild in Bezug auf die Verwendung von Zeit zur persönlichen Gesunderhaltung und zur Offenheit gegenüber der Naturheilmedizin bzw. Komplementärmedizin gestellt.

Zusätzlich waren vier Fragen als freie Textantwort zu formulieren, indem jeweils drei Gründe für und gegen das Aufsuchen eines Arztes und Krankheiten, bei denen ein bzw. kein Arzt aufgesucht würde, aufgezählt werden sollten.

In der letzten Frage ging es um den Wunsch nach einer speziellen Anlaufstelle für kranke Ärzte, z. B. nach einer Spezialsprechstunde nur für Ärzte und deren Ausgestaltung. Diese Frage wurde anhand der in der Literatur beschriebenen Angebote für kranke Ärzte in anderen Ländern z. B. dem Counselling Service oder Doctor Advisor Service im UK entworfen (British Medical Association 2010), wo Ärzte rund um die Uhr anonyme Hilfe und Beratung bekommen.

Der vollständige Begleitfragebogen befindet sich im Anhang (Anhang 2).

2.5. Datengewinnung

2.5.1 Interviewdurchführung

Die Interviews fanden im Zeitraum Dezember 2014 bis März 2015 statt.

Als Setting wurde nach Möglichkeit die eigene Praxis der teilnehmenden Hausärzte gewählt. Zum einen, so die Annahme, würden sich vielbeschäftigte Ärzte eher Zeit für ein so langes Interview nehmen, wenn sie keine extra Wege hätten. Zum anderen ergab sich so für die Interviewerin durch das Kennenlernen des Arbeitsumfeldes des Befragten ein umfassenderes Bild, wodurch sich das Gesagte noch besser in einen Gesamtkontext einordnen ließ. Zudem wurde angenommen, dass sich die Befragten in ihrer eigenen Praxis, als „Hausherr“, wohler fühlen und daher besser dem sensiblen Interviewthema öffnen könnten.

Vor Beginn des Interviews gab die Doktorandin einen kurzen Einstieg in das Thema und erläuterte Organisatorisches. An dieser Stelle wurde auch die Erlaubnis eingeholt, das Interview aufzeichnen und auswerten zu dürfen. Eine entsprechende Einverständniserklärung wurde durch die Teilnehmer unterzeichnet.

Die Durchführung erfolgte als Eins-zu-Eins-Interview, wobei sich während der Befragung nur die Doktorandin und der jeweilige Teilnehmer im Raum befanden. Diese Form der Befragung wurde gewählt, da es sich beim Forschungsgegenstand um ein sensibles und intimes Thema handelt. So war es den Befragten leichter möglich, Vertrauen aufzubauen und sich der Interviewerin zu öffnen.

Die Interviews orientierten sich am Leitfaden, welcher das Grundgerüst für das Interview bildete. Die dennoch bewusst offenen Interviews boten aber auch die Flexibilität, die Reihenfolge und Formulierung der gestellten Fragen, mit wenigen Ausnahmen, an den Gedankengang des Befragten anzupassen. Außerdem war es wichtig, offen für vonseiten des Befragten aufkommende Themen zu sein, die vom Interviewleitfaden nicht abgedeckt wurden. Diese ebenfalls detailliert nachzufragen, sollte helfen, Aspekte aufzufinden, welche in den vorbereitenden Überlegungen zur Leitfadenentwicklung keine Rolle spielten, die aber trotzdem für das Thema Inanspruchnahme relevant sind.

Das vorrangige Interviewziel sollte sein, den Prozess der durch die Ärzte geschilderten Krankheitserfahrungen von den ersten Symptomen an über einen eventuellen Arztbesuch bis hin zum weiteren Verlauf der Erkrankung nachzuvollziehen. Dabei sollten im Interview nach Möglichkeit alle im Leitfaden genannten Themenbereiche abgebildet werden.

Vorgesehen und mit den Teilnehmern vorher vereinbart war eine Befragungsdauer von etwa 60 Minuten. Das gesamte Gespräch wurde per Digital Recorder aufgezeichnet.

Direkt im Anschluss an das Gespräch sollten die Teilnehmer den Begleitfragebogen händisch ausfüllen. Dies bot der Doktorandin die Möglichkeit, den Fragebogen gleich durchzuschauen und bei Unklarheiten nachzufragen. Das Ausfüllen des Fragebogens zu einem späteren Zeitpunkt birgt die Gefahr der Verzerrung durch verschiedene inhaltliche Antworttendenzen, wie z. B. Recall Bias oder soziale Erwünschtheit, da sich die Teilnehmer viel länger Zeit nehmen können zu überlegen, was sie aufschreiben und was nicht. Zudem ist der Zeitpunkt direkt nach dem Interview stimmungsmäßig durch dieses geprägt, ein späterer Zeitpunkt nicht unbedingt. Dadurch können in einem später ausgefüllten Fragebogen bestimmte Fakten nicht oder anders erinnert sein, als im Interview berichtet.

Konnten die Interviewten den Fragebogen nicht gleich im Anschluss an das Interview ausfüllen – z. B. weil der Befragte aufgrund anderer Termine keine Zeit mehr hatte, den umfangreichen Fragebogen auszufüllen – durften die Teilnehmer den Begleitfragebogen mitnehmen und per Post oder Fax nachreichen. Einige Teilnehmer mussten telefonisch an die ausstehende Zusendung des Fragebogens erinnert werden.

Der Begleitfragebogen wurde von allen 16 Teilnehmern ausgefüllt. In zehn Fällen wurde der Begleitfragebogen, wie vorgesehen, direkt nach dem Interview ausgefüllt. In weiteren sechs Fällen wurde der Fragebogen nachgereicht.

Nach der Verabschiedung vom Studienteilnehmer verfasste die Doktorandin ohne Beisein des Interviewten von jedem Interview zwei Gedächtnisprotokolle: ein Interviewprotokoll und ein ausführliches Memo. Während im Interviewprotokoll Besonderheiten und Auffälligkeiten sowie Kernthemen des jeweiligen Interviews abgebildet wurden, dienten die Memos vor allem der Beschreibung des Settings.

2.5.2. Datenaufbereitung: Transkription und Pseudonymisierung

Das während des Gesprächs mittels Digital Recorder aufgenommene digitale Tonmaterial im MP3-Format wurde nach vorher festgelegten Transkriptionsregeln wortwörtlich transkribiert und als Word-Dokument im RTF-Format gespeichert. Dazu wurde das Transkriptionsprogramm F4 verwendet.

Die Transkriptionsregeln wurden während der Transkription der ersten Interviews mehrfach überarbeitet und angepasst.

Die vollständigen Transkriptionsregeln befinden sich im Anhang (Anhang 3).

Die Doktorandin transkribierte neun der 16 Interviews selbst. An der Transkription der restlichen Interviews waren vier weitere Personen beteiligt, u. a. der Co-Betreuer Dr. med. Sven Schulz. Alle Außenstehenden unterschrieben vor Aushändigung der Daten eine Schweigepflichterklärung und verpflichteten sich, eventuell bei ihnen verbliebenes Material unmittelbar nach Abschluss der Transkription bzw. Rückgabe der Dateien zu vernichten.

Alle 16 Interviewtranskripte wurden durch die Doktorandin nochmals mit dem Tonmaterial abgeglichen und auf einen einheitlichen Stand gebracht.

In einem weiteren Schritt wurde das Material pseudonymisiert, das heißt es wurden vor allem Namen und Orte sorgfältig durch Pseudonyme ersetzt. An dieser Stelle konnte noch keine vollständige Anonymisierung erreicht werden, da z. B. Diagnosen auswertungsrelevant sein konnten, jedoch unter Umständen Rückschlüsse auf die befragte Person zuließen. Aus diesem Grund befindet sich kein Beispieltranskript im Anhang.

Für Veröffentlichungen ausgewählte Zitate, so auch in dieser Doktorarbeit, wurden im Vorfeld nochmals überarbeitet und auf Anonymisierung überprüft. Im Zuge dessen und zur besseren Leserlichkeit wurde der Text stark geglättet. In den meisten Fällen wurde die Interpunktion an die gültigen Rechtschreibregeln angepasst. Wortdopplungen, Verständnissignale und Fülllaute, sowie alle Zusatzinformationen wie z. B. nonverbale Äußerungen, emotionale Betonungen und Zeitmarken wurden entfernt.

2.6. Auswertungsverfahren

2.6.1 Qualitative Inhaltsanalyse

Am wortwörtlich transkribierten Material erfolgte im ersten Schritt eine inhaltsanalytische Auswertung nach Kuckartz (Kuckartz 2014, Mayring 2010) unter Verwendung der Software MAX-QDA11.

In einem mehrstufigen Arbeitsprozess wurde ein Kategoriensystem mittels deduktiv-induktivem Verfahren entwickelt. Erste deduktive Kategorien wurden anhand des Interviewleitfadens sowie des bereits vorhandenen Vorwissens und bestehender Annahmen formuliert. Weitere Kategorien wurden induktiv aus dem Material heraus entwickelt.

Zu den Kategorien wurden jeweils Definitionen erstellt und im Laufe des Arbeitsprozesses immer weiter geschärft. Diese Kategoriendefinitionen enthalten zur Verdeutlichung neben der

eigentlichen Definition Textbeispiele in Form von Interviewzitatzen, sogenannte Ankerbeispiele. Es wurde auf eine gute Abgrenzbarkeit der Kategorien untereinander geachtet. Daher wurde klar benannt, was laut Definition nicht in einer bestimmten Kategorie codiert werden sollte und ggf. Kategorienbezeichnungen genannt, die alternativ für die Codierung einer solchen Textstelle infrage kommen konnten. Abschließend wurde unter jeder Definition ein „Ziel“ formuliert, welches zusammenfasst, warum die Textstellen dieser Kategorie im Rahmen der Forschungsfrage betrachtet werden sollen.

Für die Entwicklung des Kategoriensystems wurden insgesamt vier von 16 Interviews herangezogen. Dies entspricht 25 %.

Die Codierung erfolgte nach vorher festgelegten Codierregeln. Die Auswahlinheit (Sampling Unit) ist ein komplettes Interview. Die Analyseeinheit (Recording Unit) und die Kontexteinheit (Context Unit) bestehen aus einem kompletten Interview-Transkript. Die Codiereinheiten sind Sinneinheiten und damit unterschiedlich lang, jedoch wurde immer mindestens ein ganzer Satz codiert. Das wichtigste Kriterium für die jeweilige Länge eines Codes war dabei, dass die Textstelle auch für sich allein genommen ausreichend verständlich sein sollte. Doppelcodierungen waren erlaubt und kamen sehr häufig vor. Ebenso wurde jede Textstelle ohne Ausnahme codiert, auch wenn sich Aussagen wiederholten. Diese Festlegungen wurden getroffen, um der Komplexität und Vielschichtigkeit des Themas und der recht offenen Forschungsfrage Rechnung zu tragen.

Das Ziel war es, die Fragestellung aus so vielen unterschiedlichen Blickwinkeln wie möglich zu betrachten, um alle bedeutsamen Einflussfaktoren der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Hausärzte aufzufinden.

So bearbeitete die Doktorandin die ersten zwei Interviews (Interview 01 und 02) im Rahmen des Seminars „Inhaltsanalyse“ bei Frau Schulte an der Friedrich-Schiller-Universität Jena im Wintersemester 2014/2015 gemeinsam mit Teilnehmern des Seminars. Dabei entstand eine vorläufige Fassung des Kategoriensystems, bestehend aus groben Hauptkategorien. Diese vorläufige Fassung diente als weitere Arbeitsgrundlage.

Um die Inter-coder-Reliabilität als Gütekriterium qualitativer Arbeit zu gewährleisten, wurden in einem weiteren Schritt zwei andere Interviews (Interview 09 und Interview 14), das sind 12,5 %, von drei Codern codiert. Die drei Coder waren die Doktorandin, ihr Co-Betreuer Dr. med. Sven Schulz und PD Dr. phil. Ulf Sauerbrey. Dabei wurde nach dem Prinzip des konsensuellen Codierens nach Hopf und Schmidt (1993) vorgegangen (Kuckartz 2014). Ziel

dieser analytischen Leistung ist die intersubjektive Nachvollziehbarkeit als zentrales Gütekriterium qualitativer Arbeit.

Während dieses Prozesses wurde das Kategoriensystem weiterbearbeitet und in seiner finalen Fassung erstellt. Erst danach codierte die Doktorandin allein die restlichen 14 Interviews (Interview 01 bis 16, ausschließlich 09 und 14). Bei Textstellen, die Unsicherheiten und Fragen aufwarfen, wurde die Codierung mit den anderen beiden Codern konsensuell diskutiert und erst danach abschließend festgelegt.

Alle Textstellen des gesamten Materials ließen sich anschließend in das erarbeitete Kategoriensystem einordnen.

Eine tiefergehende Analyse erfolgte mit dem Code-Theory-Model (Conceptual Map) in MAX-QDA 11. Es visualisiert die Beziehungen und Zusammenhänge der Codes untereinander.

2.6.2. Frameworkanalyse

Da im ersten, eben beschriebenen Auswertungsschritt mittels inhaltlich-strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse vor allem die Komplexität und Vielschichtigkeit des Themas deutlich wurde, war es erforderlich, die Forschungsfrage für diese Promotionsarbeit zu präzisieren und einzuschränken. Daher wurde im nächsten Schritt nur noch die Hauptkategorie „Inanspruchnahme“ mit ihren Subkategorien betrachtet. Angesichts des beträchtlichen Umfangs dieser Kategorie erschien es sinnvoll, für diese Textstellen eine Frameworkanalyse durchzuführen (Ritchie und Spencer 1994).

Die Gestaltung der Frameworktabelle orientierte sich am Material. So wurde in einer gemeinsamen Worddatei für jedes Interview eine separate Tabelle angelegt. Für jeden vom Interviewten geschilderten Krankheitsfall wurde eine eigene Zeile verwendet. Die letzte Zeile jeder Tabelle enthält jeweils allgemeine, fallübergreifende Aussagen. In den Spalten wurden die Textstellen nach den Subkategorien „Zugang“, „Gründe für Inanspruchnahme“ und „Gründe gegen Inanspruchnahme“ sortiert. Gab es im Interview für die Inanspruchnahme allgemein wichtige Themen, die sich nicht zweifelsfrei in eine der Subkategorien einordnen ließen, wurden diese in einer extra Zeile am Schluss der jeweiligen Tabelle dargestellt. So ergab sich eine fallbasierte Darstellung der Textstellen bezüglich der Inanspruchnahme, sortiert nach den Subkategorien. Fast durchgängig sind die von der Doktorandin formulierten, zusammenfassenden Stichpunkte oder Original-Zitatstellen mit der entsprechenden Absatznummer des Interviews gekennzeichnet. So wurde der Rückbezug zum Ausgangsmaterial gewahrt. Zusätzlich wurden während der Erstellung der Frameworktabelle,

wie während des gesamten Forschungsprozesses, Memos erstellt, die in die Auswertung einfließen.

Es erfolgte eine kategorienbezogene Auswertung der Frameworktabelle. Beispielhaft dargestellt wird dies im Rahmen dieser Doktorarbeit anhand der Subkategorie „Zugang zum Gesundheitssystem“ (3.6.1. Auswertung der Subkategorie „Zugang zum Gesundheitssystem“).

2.6.3. Typenbildung

Die im Ergebnisteil vorgestellten Typen ergaben sich induktiv aus dem Material während der Erstellung der Frameworktabelle. So wurde eine der Typbezeichnungen von einem der Interviewten wortwörtlich im Interview verwendet. Es stellte sich heraus, dass die gefundenen polythetischen Realtypen das komplexe und vielschichtige Forschungsthema auf das Wesentliche reduzieren und einfach und prägnant zusammenfassen. Daher wurde die Typenbildung in Anlehnung an Kuckartz weiterverfolgt (Kuckartz 2006, Kuckartz 2014).

Die Vergleichsdimensionen und damit der Merkmalsraum wurden bestimmt. Danach erfolgte während der Analyse der kompletten Frameworktabelle die Zuordnung aller Interviews zu einem der sich aus dem zweidimensionalen Merkmalsraum ergebenden vier Typen. Ausschlaggebend für die Zuordnung zu einem bestimmten Typ war das jeweilige Inanspruchnahmeverhalten der befragten Hausärzte, bezogen auf die Ausprägungen des Merkmalsraums: den Grad des Vertrauens und den Grad der Selbstbestimmtheit. Wegweisend waren dabei z. B. explizite oder implizite Äußerungen von Vertrauen oder Sorge bzw. selbstbestimmtes Handeln oder Abgabe von Verantwortung an ärztliche Kollegen. Zeigte der Befragte deutlich unterschiedliche Ausprägungen bezogen auf den Merkmalsraum, z.B. bei mehreren Fallbeispielen oder sogar während eines geschilderten Krankheitsfalles, wurden entsprechende Mischtypen vergeben. Abschließend wurden Typbeschreibungen formuliert und das Ziel der Typenbildung, die Zusammenfassung des Forschungsprozesses sowie weitere wichtige Erkenntnisse verschriftlicht.

2.7. Ethikvotum

Vor Beginn der Stichprobengewinnung wurde das Ethikvotum bei der Ethikkommission der Friedrich-Schiller-Universität Jena beantragt und am 19.12.2014 bewilligt (Bearbeitungsnummer: 4058-04/14). Die Teilnahme war freiwillig. Eine Rücknahme der Teilnahmeerklärung, ein Abbruch der Interviewsituation oder die Ablehnung der Auswertung bereits erhobener Daten war jeder Zeit möglich. Dies wurde jedoch nicht in Anspruch genommen.

3. Ergebnisse

3.1. Stichprobe

Die folgende Stichprobenbeschreibung (Tab. 1) beruht auf den Angaben der Teilnehmer im ersten Teil des Begleitfragebogens, welcher soziodemographische Merkmale erfasste. Interviewt wurden 16 praktisch tätige Hausärzte und Hausärztinnen in Thüringen. Eine von 16 Angaben zur geschätzten Scheinzahl pro Quartal fehlt, da der Begleitfragebogen nach dem ersten Interview nochmals überarbeitet wurde und diese Frage erst danach eingefügt wurde.

Tabelle 1: Begleitfragebogen – Teil 1: Soziodemographische Merkmale

	Gesamtstichprobe (n=16)
<i>Geschlecht</i>	weiblich: 8 x männlich: 8 x
<i>Alter</i>	40-50 Jahre: 8 x 50-60 Jahre: 7 x 60-70 Jahre: 1 x Mittelwert: 51,4 Jahre Median: 51 Jahre
<i>Familienstand</i>	verheiratet: 14 x alleinstehend: 1 x verwitwet: 1 x
<i>Beschäftigungsverhältnis</i>	selbstständig: 14 x angestellt: 2 x
<i>Krankenversicherung der Teilnehmer</i>	PKV: 11 x GKV: 5 x
<i>Kinder</i>	- n = 16 gaben an Kinder zu haben - Anzahl der Kinder: 1-5, ø 2,6 Kinder - Teilnehmer mit Kindern unter 18 Jahre: 9 x - zusätzliche Angabe eines Stiefkindes: 1 x
<i>Soziale Herkunft (Berufe der Eltern)</i>	- beide Eltern Akademiker: 5 x - mindestens 1 Elternteil Akademiker: 14 x - beide Eltern nichtakademischer Beruf: 2 x - beide Eltern im Gesundheitswesen tätig: 2 x - ein Elternteil im Gesundheitswesen tätig: 10 x - kein Elternteil im Gesundheitswesen tätig: 6 x - Besonderheit: beide Eltern sind Hausärzte: 1 x

<i>Beruflicher Werdegang</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Beendigung Medizinstudium vor 1989: 7 x - zusätzliche Berufsausbildung: 4 x; davon 3 x medizinischer Beruf (MTA, Krankenschwester) - Dauer der stationären Tätigkeit: <ul style="list-style-type: none"> • zwischen 0 und 25 Jahre, ø 7 Jahre • mindestens 3 Jahre: 11 x - Dauer der ambulanten Tätigkeit: <ul style="list-style-type: none"> • zwischen 4 und 42 Jahre, ø 17 Jahre - selbstständige Niederlassung: <ul style="list-style-type: none"> • alle erst nach 1989, davon 4 x vor 2000
<i>Lage der Praxis</i>	<ul style="list-style-type: none"> - auf dem Land (<5000 EW): 3 x - in einer Kleinstadt (5000-20.000 EW): 3 x - Mittel- oder Großstadt (>20.000 EW): 10 x
<i>Praxisform</i> (Mehrfachnennung möglich)	<ul style="list-style-type: none"> Einzelpraxis: 7 x Gemeinschaftspraxis: 4 x Praxisgemeinschaft: 3 x MVZ: 3 x Andere: 1 x (Mischform aus Einzelpraxis und angestellter Tätigkeit)
<i>geschätzte Scheinzahl pro Quartal</i>	<ul style="list-style-type: none"> - mindestens 600, maximal 1200-1500 Scheine - weniger als 1000 Scheine: 7 x - eine Angabe fehlt

Legende: ø – durchschnittlich

Zum Thema Ärztegesundheit machten die Befragten im zweiten Teil des Begleitfragebogens die folgenden Angaben (Tab. 2 und folgender Text).

Tabelle 2: Begleitfragebogen – Teil 2: Angaben zur Ärztegesundheit

<i>Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes</i>	<ul style="list-style-type: none"> - gesund: 10 x (davon 6 x Doppelangabe gleichzeitig chronisch krank) - chronisch krank: 12 x - akut krank: 1 x (gemeint war chronisches Krankheitsbild: Pollinosis)
<i>Zahl der chronischen Krankheiten pro Teilnehmer</i>	<ul style="list-style-type: none"> - eine: 5 x - zwei: 4 x - drei: 1 x <p>} aus zumeist unterschiedlichen Fachbereichen</p>
<i>Angabe chronischer Krankheitsbilder</i>	<ul style="list-style-type: none"> - orthopädische Krankheitsbilder: 5 x - Herz-Kreislauf-Erkrankungen: 4 x, einschließl. arterieller Hypertonie - Augenerkrankungen: 2 x - neurologische Erkrankungen: 2 x - endokrinologische Erkrankungen: 2 x

<i>Seit Niederlassung schon mal beim Arzt gewesen?</i>	- ja: 15 x, davon 1 x nur zwecks Gutachten - nein: 1 x
<i>Regelmäßige ärztliche Behandlung</i>	- gaben 10 Teilnehmer an → davon 1 x bei einem Hausarzt; dieser Befragte war gleichzeitig bei einem FA und beim ZA in Behandlung → 9 x fachärztliche Behandlung: Gynäkologie (6 x), Augenheilkunde (4 x), Schmerztherapie, Kardiologie → 7 x beim Zahnarzt; davon 1 x nur beim Zahnarzt → keiner im Krankenhaus oder informell bei Kollegen
<i>Gründe für die Inanspruchnahme regelmäßiger Behandlung (Mehrfachnennungen möglich)</i>	- Vorsorgeuntersuchungen: 7 x - Krankheiten: 5 x - Beratungen: 2 x; allerdings nur als Mehrfachnennung
<i>Nichtregelmäßige ärztliche Behandlung</i>	- nehmen 14 Teilnehmer in Anspruch → davon 5 x bei einem Hausarzt → 13 x beim Facharzt → 7 x im Krankenhaus → 3 x informell bei einem Kollegen
<i>Eigene Krankenhaus-aufenthalte</i>	- von 9 Befragten angegeben → davon 4 x ambulant, 5 x stationär (1 x im Rahmen einer Geburt)
<i>regelmäßige nichtärztlicher Therapie</i>	- von 4 Befragten angegeben → 2 x Physiotherapie, 1 x Osteopathie, 1 x Tumornachsorge
<i>„Haben Sie selbst einen eigenen HA?“</i>	- ja: 7 x - nein: 9 x
<i>Selbstbehandlung</i>	Alle Interviewten behandeln sich in der ein oder anderen Form selber: - rezeptfreie Selbstmedikation: 12 x - rezeptpflichtige Selbstmedikation: 14 x - nichtmedikamentöse Therapie: 3 x; davon 2 x Physiotherapie-VO - Selbstüberweisungen: 7 x - Selbsteinweisungen: 2 x

Legende: FA = Facharzt, HA = Hausarzt, VO = Verordnung, ZA = Zahnarzt

Der Aussage „Ich verwende einen Teil der mir zur Verfügung stehenden Zeit für meine eigene Gesunderhaltung.“ stimmen 14 von 16 Befragten zu.

Der Aussage „Ich stehe der Naturheilmedizin bzw. Komplementärmedizin offen gegenüber.“ stimmten 12 Teilnehmer zu, drei Teilnehmer stimmten nicht zu, ein Teilnehmer enthielt sich.

Die Antworten auf die Fragen 24 bis 27 (Tab. 3), in denen als Freitextantwort Gründe bzw. Krankheiten genannt werden sollten, bei denen ein bzw. kein Arzt aufgesucht würde, fielen den

meisten Teilnehmern schwer. Manche nannten weniger als die drei geforderten Stichpunkte, ein Teilnehmer ließ alle Felder frei. Nur in einem Fall wurden vier unterschiedliche Stichpunkte aufgezählt.

Tabelle 3: Zusammenfassung der Freitextantworten auf Frage 24 bis 27

<i>Gründe für das Aufsuchen eines Arztes</i>	<ul style="list-style-type: none"> - sich selber nicht helfen zu können bzw. eine unklare Symptomatik (8 x) - eine akute schwere Erkrankung (2 x) oder Notfälle (2 x) bzw. das Auftreten von Symptomen wie Schmerzen (6 x), neurologische Symptomaten (4 x) oder Zahnschmerz - man möchte aus unterschiedlichen Gründen auf das spezielle Wissen, fachärztliche Untersuchungen (auch Vorsorgen) oder Diagnostikmöglichkeiten (v. a. apparativ-technische Untersuchungen wie Gastroskopie oder Koloskopie) oder spezielle Therapieformen der Fachärzte zurückgreifen (insgesamt 14 x), u. a. wurde 1 x das Einholen einer Zweitmeinung genannt - persönliche Faktoren wie Ängste und Unsicherheit - chronische Erkrankungen (2 x), davon 1 x nur beim Neuauftreten - Gutachten
<i>Gründe gegen das Aufsuchen eines Arztes</i>	<ul style="list-style-type: none"> - gesund zu sein - allein zurechtzukommen oder die ausreichende Möglichkeit einer Selbstbehandlung (5 x) - keine dringende medizinische Notwendigkeit bei leichter Erkrankung oder bekannten Banalitäten (5 x): z. B. banaler Infekt (7 x), sporadische Kopf- oder Rückenschmerzen ohne Therapienotwendigkeit (3 x), erklärbare Müdigkeit bzw. Erschöpfung, leichte Übelkeit, akute Magen-Darm-Erkrankung, Unpässlichkeit - keine Hilfe durch den Facharzt zu erwarten - Vorsorge, einschließlich Gripeschutzimpfung (2 x) - Laborwertkontrollen, einschließlich jährlicher Routinekontrolle (2 x) - Zeitknappheit (2 x) - Persönliche Faktoren: kein Vertrauen, Erwarten einer unangenehmen Situation - Umgang mit dem Arzt-Patienten durch den Arzt-Behandler: „wenn er mich nicht ernst genommen hat“ oder „wenn ich unfreundlich behandelt werde“
<i>Krankheiten, bei denen ein Arzt aufgesucht würde</i>	<ul style="list-style-type: none"> - akute chirurgische Erkrankung (insgesamt 12 x): z. B. Verletzungen, (V. a.) Frakturen (6 x), starke Blutungen, operationspflichtige Erkrankung wie Appendizitis (2 x), V. a. akutes Abdomen - akute Herz-Kreislauf-Erkrankung (insgesamt 7 x): V. a. koronares Syndrom bzw. Myokardinfarkt (3 x), Schlaganfall (2 x), Kreislaufdysfunktion mit Allgemeinsymptomen - verschleppte oder komplizierte z. B. fieberhafte Infekte der oberen Atemwege (insgesamt 5 x), einschließlich Pneumonie (2 x) - Spezialfälle: (V. a.) Tumorerkrankung (6 x), (V. a.) neurologische Erkrankung (MS, Parkinson, ...) bzw. Auftreten von neurologischen Ausfällen (3 x), V. a. psychiatrische Erkrankung - Hypertonie - abwendbar gefährlicher Krankheitsverlauf

	<ul style="list-style-type: none"> - mir unbekannte Veränderungen: z. B. unklarer Tastbefund, suspekte Hautveränderungen - starke Schmerzen (2 x) - Zahnbeschwerden oder Zahnschmerzen (2 x) - gynäkologische Beschwerden
<i>Krankheiten, bei denen kein Arzt aufgesucht würde</i>	<ul style="list-style-type: none"> - (banale) Infekte (5 x): insbesondere wurden genannt grippale Infekte bzw. Infekte der oberen Luftwege (8 x) und Magen-Darm-Infekte bzw. Gastroenteritis (6 x) - leichte Bagatellverletzungen (5 x) wie z. B. unkomplizierte Wunden, Fingerschnittwunde oder kleine Hämatome - leichte Schmerzen z. B. banale Kopfschmerzen - Unpässlichkeiten: z. B. Verdauungsprobleme, Müdigkeit - banale Dermatoze, eingewachsener Zehennagel - orthopädisch: Wirbelsäulen- oder Gelenksbeschwerden, Rückenschmerzen - chronische Erkrankungen: Diabetes (2 x), Heuschnupfen (2 x) - leichte allergische Erscheinungen - Dysmenorrhoe - Hämorrhoiden - Hypotonie

Eine spezielle Anlaufstelle für Ärzte z. B. eine Spezialsprechstunde finden sechs von 16 Befragten gut. Alle sechs Befürworter wünschen sich Sonderöffnungszeiten außerhalb der eigenen Sprechstundenzeit. Eine anonyme Behandlung bzw. Datenspeicherung wünschen sich nur zwei der Befragten. Außerdem wurden folgende Wünsche genannt:

- eine gute Verzahnung mit zuarbeitenden Kollegen bzw. Institutionen
- einen auf Arzt-Patienten eingestellten Arzt-Behandler
- im Sprech- und Wartezimmer nicht selbst als Arzt tätig werden zu müssen
- Beachtung der Schweigepflicht
- Beratung in Form von gemeinsamer Diskussion – Stichwort Balintgruppe.

Ein Befragter äußerte explizit eine Sprechzeit außerhalb der üblichen Sprechstundenzeit sei nicht nötig. Ein anderer Teilnehmer fand, dass eine anonyme Behandlung nicht nötig und nicht sinnvoll sei, da Ärzte dazu stehen sollten, wenn es ihnen nicht gut ginge.

3.2. Begleitumstände und Besonderheiten der Interviewgespräche

Im Folgenden werden die Inhalte der Interviewprotokolle und Interviewmemos zusammengefasst, d. h. die Angaben zum Setting und die Beschreibungen der jeweiligen Interviews.

14 Interviews fanden in der eigenen Praxis der Teilnehmer statt. Ein Interview verlegte der Teilnehmer aus Eigeninitiative in die Küche seines Privathauses. Ein weiteres Interview fand auf ausdrückliche Bitte des Teilnehmers in einem Seminarraum im Institut für Allgemeinmedizin Jena statt. Die Doktorandin besuchte diese beiden Praxen zu einem anderen Zeitpunkt.

Alle Interviews, die in Arztpraxen stattfanden, wurden im Sprechzimmer des befragten Arztes durchgeführt. Meistens saßen die Teilnehmer dabei auf ihrem Arztstuhl, während die Interviewerin den Patientenstuhl einnahm. Während eines Interviews wollte der Teilnehmer plötzlich unbedingt die Sitzplätze tauschen und auf dem Patientenstuhl Platz nehmen. Er begründete dies mit dem Rollentausch – er sei ja jetzt der Patient. Auf dem Patientenstuhl zu sitzen würde sich gleich ganz anders anfühlen, eine ganz andere Sicht der Welt vermitteln. Trotz Nachfrage vonseiten der Interviewerin wollte er nicht zurücktauschen und blieb bis zum Interviewende dort sitzen. Nur bei einem Interview suchte sich der Befragte eine Extra-Sitzgruppe im Behandlungsraum als Befragungsort aus.

Als Zeitpunkt für das Interview suchte sich die Mehrzahl der Probanden (10/16) einen Termin mittags im Anschluss an die Sprechzeit aus. Bei drei Ärzten war das Interview in den Praxisablauf integriert, einmal in den Sprechstundenbetrieb und zweimal in die Mittagspause. Ein Teilnehmer vereinbarte den Termin abends nach Sprechstundenende. Die Interviews im Privathaus und im Institut für Allgemeinmedizin fanden vormittags statt. Mindestens zwei Teilnehmer opferten für das Interview ihren Urlaub bzw. einen freien Tag.

Vor Beginn der Aufnahme gab es eine Einleitung zur Studie durch die Doktorandin.

Dabei wurde ein kurzer Einblick in das Thema Ärztegesundheit gegeben. Einige der Befragten reagierten erstaunt bzw. nicht begeistert über das an dieser Stelle oft erstmalig angekündigte, nähere Thema des Gesprächs: eigene Erkrankungen. Zudem hatte die Interviewerin den Eindruck, dass mindestens drei bis vier der Befragten kritisch auf das Aufnahmegerät reagierten. Ein Teilnehmer äußerte sein Missfallen, bezogen auf die Aufnahme, auch laut. Dennoch erklärte er sich zu dem Interview bereit.

Die ungefähre Dauer des Interviews war den Teilnehmern zwar vorher schon mitgeteilt worden, viele reagierten trotzdem erstaunt. Den Zeitfaktor sprachen mindestens vier Probanden direkt an, zwei weitere indirekt. Einmal wurde deutlich gesagt: „So viel Zeit habe ich aber nicht.“ In der Folge versuchte dieser Teilnehmer die Einleitung drastisch abzukürzen. Andere Teilnehmer

nahmen sich extra viel Zeit. Einer hatte sogar seinen nachfolgenden Termin verschoben, damit mehr Zeit für das Interview zur Verfügung stände.

In zwei Fällen standen die Interviewteilnehmer nach der Einleitung und vor Beginn des Interviews noch einmal auf, um kurz mit dem Praxispersonal zu sprechen und für Ungestörtheit zu sorgen. Ein Teilnehmer schloss daraufhin die noch offenstehende Tür.

Viele Teilnehmer legten Wert auf eine gemütliche Gesprächsatmosphäre. So gab es bei zehn von 16 Interviews etwas zu Trinken oder sogar etwas Kleines zu essen. Bei 15 Interviews befanden sich der Befragte und die Interviewerin allein in einem geschlossenen Raum. In einem Fall war die Tür offen, sodass die Arzthelferin mithören konnte. Die Doktorandin hatte den Eindruck, dass dies keinen negativen Einfluss auf das Gespräch hatte.

In einigen Fällen lief nebenbei der PC. Dies wirkte z. T. ablenkend. Ein Befragter rief während des Gesprächs am PC seine eigene Patientenakte auf und zeigte sie der Interviewerin.

Ein Befragter arbeitete die ganze Zeit während des Interviews nebenher weiter. Er sichtete und sortierte Papier, stand dabei mehrfach einfach auf und ging hinter die Interviewerin. Einmal verließ er sogar ohne Vorankündigung den Raum nach nebenan. Die Interviewerin hatte das Gefühl, dass er hauptsächlich arbeitete und das Interview nur nebenbei gab. Dennoch antwortete er auf ihre Fragen adäquat.

Die Körpersprache der Interviewten verriet oft deutlich ihren Gefühlszustand. Häufig öffnete sich eine zwar zugewandte, aber verschlossene Körperhaltung mit verschränkten Armen und Beinen, eine Weile nach Interviewbeginn – hin zu einer offeneren Sitzposition. Viele Interviewte nahmen jedoch auch von Anfang an eine offene Sitzhaltung ein. Einige der Befragten brauchten etwas zum Festhalten z. B. einen Stift oder eine Büroklammer. Andere nonverbale Zeichen waren die Hand vor den Mund halten, an den Haaren spielen, Nicken, Kratzen vor Verlegenheit und mit dem Drehstuhl an die andere Ecke des Schreibtischs fahren. Einer der Teilnehmer trug einen Mundschutz, den er während des Interviews heruntergezogen hatte.

Hatte die Interviewerin das Gefühl, dass die Befragten etwas nicht sagen bzw. auf eine tiefere Ebene nicht einsteigen wollten, blieben sie meist auch dabei. Einige Befragte drückten im Nachhinein oder während des Interviews ihr Erstaunen aus, welche intime, persönliche Details sie erzählten und schrieben es der Empathie der Interviewerin zu. Die so gewonnenen Einblicke in einen sehr intimen Bereich menschlichen und ärztlichen Lebens sind hochschützenswert.

Bei zehn Interviews kam es während des Gesprächs zu Unterbrechungen. Häufige Gründe dafür waren die Verabschiedung des Personals (4 x), welches nach Hause ging, angenommene Telefonanrufe (5 x), eine Arzthelferin betritt aus anderen Gründen den Raum (1 x), ein ärztlicher Kollege verabschiedet sich (1 x), die Reinigungskraft kommt (1 x), ein Patient verlangt trotz geschlossener Praxis Gehör (1 x), der Befragte bittet um eine kurze Pause (1 x). Bei manchen Interviews kam es auch zu mehrfachen Unterbrechungen. Maximal gab es drei Unterbrechungen in einem Interview.

Zudem gab es teilweise starke Hintergrundgeräusche z. B. Staub saugen, normaler Sprechstundenbetrieb des Kollegen z. B. in einer Gemeinschaftspraxis, Telefonklingeln oder Straßenlärm.

In 13 Fällen beendete die Interviewerin das Interview auf eigene Initiative indem sie die Abschlussfrage stellte. In zwei Fällen endete das Interview recht abrupt durch einen Handyanruf bzw. eine auf die Uhrzeit verweisende Arzthelferin. In einem weiteren Fall verwies der Befragte selbst auf die Uhrzeit und drängte die Interviewerin damit indirekt das Interview zu beenden. In den letzten beiden Fällen konnte jedoch die Abschlussfrage noch gestellt werden.

In jedem Fall folgten nach dem Interview noch einige Wortwechsel. Drei Teilnehmer erzählten noch weitere für die Forschungsfrage interessante Details. Die Interviewerin hielt diese Gesprächsinhalte im anschließenden Gedächtnisprotokoll fest. Zehn Teilnehmer füllten den Begleitfragebogen direkt nach dem Interview aus. Die Interviewerin verhielt sich, während die Studienteilnehmer den Fragebogen händisch ausfüllten, zurückhaltend. U. a. drängte sie nicht darauf, dass bei den Freitextantworten alle Stichpunkte ausgefüllt wurden, auch wenn sie bemerkte, dass die Teilnehmer weniger als die geforderten drei Stichpunkte angaben. Sie sah die Fragebögen anschließend nur auf Leserlichkeit durch.

Die Verabschiedung erfolgte in acht Fällen mit Handschlag. Ein Teilnehmer begann sich noch im Gespräch mit der Doktorandin bereits umzuziehen. Ein anderer Teilnehmer arbeitete bereits weiter, noch ehe die Doktorandin den Raum verlassen hatte.

Des Weiteren wurden die räumliche Lage der Praxis, die Gestaltung der Wartebereiche und Sprechzimmer, die Wartezeit, das Verhalten des Praxispersonals, die Begrüßung der Doktorandin durch die Interviewteilnehmer und deren weiteres Verhalten, der Umgang der

Interviewteilnehmer mit dem Thema Vertraulichkeit und Schweigepflicht im Rahmen der Unterzeichnung der Einverständniserklärung, die Sitzposition, das verbale und nonverbale Erzählverhalten der Interviewten, die Körpersprache und das emotionale Befinden der Interviewerin während des Gesprächs, die Atmosphäre nach dem Interview, einschließlich der Reaktionen der Interviewten, nicht per Digital Recorder aufgezeichnete Gesprächsinhalte und die Art der Verabschiedung beschrieben. Bei all diesen Punkten ergab sich ein sehr heterogenes Bild.

3.3 Quantitative Beschreibung des Datenmaterials

Im Durchschnitt dauerten die Interviews 65 Minuten. Das kürzeste Interview dauerte 43 Minuten, das längste Interview war 119 Minuten lang.

Die Rohdaten sind im mp3-Format gespeichert und zwischen 29.903 kB und 83.343 kB groß, im Durchschnitt 45.354 kB.

Die Transkripte enthielten im Durchschnitt 12.160 Wörter, entsprechend 61.062 Zeichen ohne Leerzeichen und 73.218 Zeichen mit Leerzeichen. Das Minimum war 6.825 Wörter, das Maximum betrug 25.005 Wörter. Bei Schriftgröße 12 sind die Transkripte zwischen 18 und 58 DIN-A4-Seiten lang, durchschnittlich 26 DIN-A4-Seiten.

3.4. Kategoriensystem

Das im Folgenden vorgestellte Kategoriensystem (Tab. 4) zeigt ein breites Spektrum beeinflussender Faktoren der Inanspruchnahme, die komplex miteinander zusammenhängen. Das Kategoriensystem besteht aus 16 Hauptkategorien, wovon 15 Kategorien abgegrenzte inhaltliche Themenbereiche bezüglich der Forschungsfrage widerspiegeln:

- Krankheit
- Gesundheit
- Vorwissen/Vermutungen Ärztegesundheit
- Gesundheitssystem
- Gesundheitsverhalten
- Arzt-Patient
- Arzt-Behandler
- Arzt-Patienten-Beziehung
- Inanspruchnahme
- Umfeld
- Folgen/Konsequenzen

- Prägung
- Einstellungen und Werte
- Medizinisches (Fach-)Wissen
- Naturheilkunde und andere alternative Heilweisen

Die Kategorie „Sonstiges“ enthält wichtige Aspekte, die sich nicht in die anderen gefundenen Hauptkategorien einordnen lassen.

Eine Subkategorienbildung erfolgte bisher nur soweit sich das aus der Arbeit mit den Hauptkategorien ergab. Für folgende Kategorien wurden bereits Subkategorien formuliert: „Inanspruchnahme“, „Folgen/Konsequenzen“, „Prägung“ und „Werte/Einstellungen“.

Auf den folgenden Seiten befinden sich die zur Codierung verwendeten Kategoriendefinitionen, welche hier im Sinne eines Teilergebnisses präsentiert werden. Sie wurden an dieser Stelle eingefügt, weil sie Begriffsdefinitionen enthalten, die wichtig zum Verständnis der danach folgenden Ausführungen sind. Erläuterungen zu besonderen Schreibweisen innerhalb der Interviewzitate enthalten die Transkriptionsregeln (s. Anhang 3).

Tabelle 4: Kategoriensystem in Form von Kategoriendefinitionen

Hauptkategorie	Definition
Krankheit <i>Was bedeutet Krankheit?</i>	<p>In diese Kategorie gehören alle allgemeinen Aussagen und Definitionen des Begriffs Krankheit. Sowohl offizielle Definitionen, wie z. B. die der WHO (World Health Organization), als auch subjektive Definitionen, z. B. die Verwendung des Begriffs „Leidensdruck“. Auch Aussagen, die z. B. durch bestimmte Adjektive deutlich machen, was der Interviewte unter Krankheit versteht, werden hier codiert (Bspw.: „Das ist Pillepalle.“, „ich meine damit schwerwiegende Dinge, wie zum Beispiel ...“). Ebenso kontrastierende Darstellungen, was der Interviewte nicht als Krankheit versteht: „Das ist keine Krankheit!“ oder „Husten, Schnupfen, das hat ja jeder mal, da bin ich nicht wirklich krank“. Erfasst werden sowohl explizite Definitionen, als auch implizite, sich aus dem Kontext ergebende.</p> <p>Zum Beispiel:</p> <p>- „Und dann, ja/ Also ich bin sonst jemand, ich gehe durchaus auch erkältet arbeiten, wenn das irgendwie von der Stimme geht. Ähm, (..) ph, weil ich mir denke: ‚Solange solange du kein Fieber hast und es dir vom Allgemeinzustand einigermaßen geht, ist das okay.‘ Aber mit Fieber arbeiten, da hört es bei mir einfach auch. Also ich finde das ist/, Fieber ist so ein Zeichen des Körpers, wo ich denke, da ist einfach auch so eine Ruhe einge/ an/ eingefordert, die man dem Körper dann geben sollte. (.)“ I14, A133</p> <p>→ Ziel: Das Ziel dieser Kategorie ist es, die subjektiven Definitionen des Begriffes Krankheit umfassend darzustellen. Also was versteht der einzelne, interviewte Arzt darunter? Was bedeutet für ihn ganz persönlich „Krankheit“ und „Kranksein“?</p>
Gesundheit <i>Was bedeutet Gesundheit?</i>	<p>Diese Kategorie sammelt alle allgemeinen Aussagen und Definitionen des Begriffs Gesundheit. Vorrangig werden hier erstmal die Antworten auf die Leitfadenfrage: „Was bedeutet für Sie der Begriff Gesundheit?“ codiert. Das bedeutet alle offiziellen und subjektiven Definitionen, auch durch bestimmte Adjektive o. Ä. gekennzeichnete Aussagen, die zeigen, wie der Interviewte ganz persönlich den Begriff Gesundheit versteht.</p> <p>→ Ziel: Das Ziel dieser Kategorie ist es, die subjektiven Definitionen des Begriffs Gesundheit umfassend darzustellen. Damit soll der subjektive Begriff Krankheit besser verstanden und klarer abgegrenzt werden.</p>
Vorwissen/ Vermutungen Ärztegesundheit	<p>In dieser Kategorie werden alle Textstellen gesammelt, in denen die Interviewten Aussagen oder Vermutungen über das Thema Ärztegesundheit tätigen. Das heißt echtes oder scheinbares Vorwissen zum Thema sowie Vermutungen dazu. Aussagen werden hier codiert, egal ob sie in Wahrheit richtig oder falsch sind. Ärztegesundheit umfasst alle Aspekte von Gesundheit speziell auf die Berufsgruppe der Ärzte bezogen.</p> <p>Ärztegesundheit bedeutet in diesem Zusammenhang:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. physische und psychische Gesundheit bzw. Krankheit von Ärzten

	<ol style="list-style-type: none"> 2. der Zusammenhang zwischen der Arbeitsbelastung und Krankheit, z. B. „Burnout“ bei Ärzten 3. gesundheitsförderndes Verhalten, z. B. Sport oder Vorsorgeuntersuchungen von Ärzten 4. Häufigkeiten und Zahlen von bestimmten Krankheiten oder Verhaltensweisen bei Ärzten 5. Verhaltensweisen aller Ärzte in Bezug auf Gesundheit und Krankheit <p>Zum Beispiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Viele Kollegen sind seelisch krank. Durch die Arbeitsbelastung, das halten viele einfach nicht aus“ - „30 % aller Kollegen sind chronisch krank“, „jeder Dritte leidet an ...“ - „über Sinn oder Unsinn von Vorsorgeuntersuchungen wird ja derzeit diskutiert“ - „die Gastroenterologen“ (als Berufsgruppe) - „Ärzte treiben zu wenig Sport“ <p>NICHT codiert werden hier Aussagen, die sich nicht auf Ärzte allgemein beziehen, sondern auf das Verhalten einzelner Personen oder bestimmter Gruppen, die nicht repräsentativ für die Allgemeinheit der Ärzte sind z. B. persönliche Aussagen zum eigenen Verhalten oder dem einer bestimmten Gruppe von Kollegen: „Da haben wir alle gesagt: Zu einer prophylaktischen Darmspiegelung würden wir nicht gehen.“, „Ich bin gesund. Ich treibe Sport.“, „die Gastroenterologen“ (als Gruppe, die z. B. an einem bestimmten Krankenhaus arbeitet) → andere Kategorien z. B. Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, Gesundheitsverhalten, Selbstbild, ...</p> <p>NICHT codiert werden hier allgemeine Aussagen zum Thema Gesundheit, die sich nicht speziell auf die Berufsgruppe der Ärzte, sondern z. B. auf die Bevölkerung im Allgemeinen beziehen → andere Kategorien z. B. Gesundheit, Gesundheitsverhalten</p> <p>→ Ziel: Das Ziel dieser Kategorie ist es, das „Vorwissen“, den Standpunkt bzw. Blickwinkel, von dem aus die Ärzte erzählen, zu erfassen.</p>
Gesundheits-system	<p>In dieser Kategorie werden alle Textstellen zusammengefasst, die das Gesundheitssystem an sich, d. h. die allgemeinen Erscheinungsformen und Strukturen des Gesundheitssystems, betreffen. Gesundheitssystem schließt an dieser Stelle Aussagen zu folgenden Aspekten ein:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. zum stationären und ambulanten Sektor allgemein 2. zu Leistungserbringern, wie z. B. Krankenhaus, Hausarzt, Facharzt, Zahnarzt, Apotheke, Pflege, Therapeuten (u. a. Physiotherapie, Heilpraktiker), ... <p><u>Hinweis:</u> Dies betrifft auch den Sonderfall, dass ein Leistungserbringer sich selber behandeln darf, z. B. wenn ein kranker Arzt die Möglichkeit hat, sich selbst Medikamente zu verschreiben u. a. Ausgenommen sind hier jedoch Aussagen in Bezug auf das Thema Ärztegesundheit (→ eigene Kategorie: Vorwissen/Vermutungen Ärztegesundheit, s. dort auch Definition des Begriffs Ärztegesundheit).</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 3. zu Tätigkeitsformen: Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft, MVZ oder andere 4. zu Versicherungen: GKV, PKV, Unfallversicherung, Rentenversicherung, Pflegeversicherung 5. zu den Leistungsempfängern: Patienten, im Sinne von Laienpatienten, d. h. keine Aussagen, die sich auf den Sonderfall Arzt-Patient beziehen (→ eigene Kategorie: Arzt-Patient) 6. Organisationen, wie z. B. KV (Kassenärztliche Vereinigung, Selbstverwaltung der Ärzte) u. a. 7. staatliche Bereiche wie Gesetzgebung und Gesundheitsämter 8. organisatorische Aspekte und Strukturen des Gesundheitssystems oder von Einheiten desselben, z. B. Organisationsstrukturen im Krankenhaus, einschließlich ihrer Auswirkungen auf den einzelnen Arzt, z. B. die Notwendigkeit trotz Krankheit weiterzuarbeiten, da keine Vertretung gefunden wird <p>Auch persönliche Einschätzungen, Meinungen und Bewertungen des Gesundheitssystems oder von Teilen desselben durch den Interviewten werden in diese Kategorie gefasst.</p> <p>Zum Beispiel:</p> <p>- „Und, ähm, (.) und ich muss auch die Erfahrung, äh, schildern, dass, (.) äh, bestimmte, auch kräftige Schmerzmittel, man hat ja als Arzt auch die Möglichkeit auch so ein paar Sachen zu sich zu besorgen, die man vielleicht dem Patienten gar nicht gleich aufschreiben würde“ I9, A8</p> <p>NICHT in diese Kategorie codiert werden Aussagen, die nur die Situation einzelner Personen, z. B. eines bestimmten Arztes, wie den Befragten selbst oder eine bestimmte Gruppe, z. B. die Kollegen an einem bestimmten Krankenhaus, betreffen und nicht gleichzeitig allgemeine Aspekte des Gesundheitswesens beschreiben.</p> <p>NICHT in diese Kategorie codiert werden Aussagen, in denen das Fachwissen eines Arztes im Vordergrund steht, ohne gleichzeitig einen bedeutenden Aspekt des Gesundheitssystems explizit oder implizit zu benennen.</p> <p>→ Ziel: Ziel dieser Kategorie ist, die subjektiv empfundenen Rahmenbedingungen, unter denen die Interviewten arbeiten, abzubilden und damit den Kontext, aus dem heraus die Ärzte erzählen, besser zu verstehen.</p>
Gesundheitsverhalten	<p>Diese Kategorie umfasst das tatsächliche oder potentielle Gesundheitsverhalten der Interviewten. Dabei geht es um das persönliche Verhalten des Befragten. Gesundheitsverhalten beschreibt jegliche gesundheitsfördernde und gesunderhaltende Maßnahme, die nicht in Zusammenhang mit einer Erkrankung des Arzt-Patienten steht. Dazu zählen z. B. Vorbeugung und Vorsorge (auch Zahnarzt-Besuche, die der Vorsorge dienen), Sport, gesunde Ernährung, Schlaf und weitere gesundheitsförderliche Verhaltensweisen. Potentielles Gesundheitsverhalten bedeutet hier, wenn Dinge benannt werden, die der Interviewte nicht oder nicht ausreichend selbst tut. Kontrastierend werden hier auch</p>

	<p>krankmachende Verhaltensweisen miterfasst, z. B. übermäßig langes Arbeiten, die der Gesundheit des Interviewten schaden.</p> <p>NICHT codiert werden hier Aussagen zum Krankheitsverhalten, d. h. dem Verhalten im Krankheitsfall, z. B. Weiterarbeiten trotz Krankheit → andere Kategorien z. B. Arzt-Patient</p> <p>→ Ziel: Das Ziel dieser Kategorie ist es, Textstellen zum Gesundheitsverhalten des Befragten, soweit er sich dazu äußert, zu sammeln.</p>
<p>Inanspruchnahme des Gesundheitssystems</p>	<p>Diese Hauptkategorie fasst alle Aspekte der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (Definition s. Kategorie „Gesundheitssystem“) durch einen Arzt-Patienten (Definition s. Kategorie „Arzt-Patient“) zusammen. Inanspruchnahme ist definiert als das Gebrauchmachen von der Möglichkeit des Zugangs zu und Nutzung von professionellen Leistungen (z. B. ärztliche Konsultation – auch informeller Art, physiotherapeutische Behandlung, ...), Ressourcen (z. B. Abrechnung einer in Anspruch genommenen Leistung oder verschriebener Medikamente über die Krankenversicherung) und Produkten (z. B. Medikamenteneinnahme, Nutzung von Heil- und Hilfsmitteln wie z. B. Bandagen, Verbandsmaterial, Unterarmgehstützen...) des Gesundheitssystems. Dies sowohl, wenn der Arzt-Patient die Inanspruchnahme aktiv gestaltet, z. B. das selbstständige Aufsuchen eines ärztlichen Leistungserbringers, als auch, wenn die Inanspruchnahme, z. B. im Rahmen einer ärztlichen Behandlung (z. B. Verordnung einer Medikation, Überweisung zum Facharzt, Prozeduren während eines Krankenhausaufenthaltes), durch andere wie z. B. ärztliche Kollegen initiiert wird. Zur umfassenderen Beschreibung des Hauptforschungsgegenstandes werden auch Textstellen hier codiert, die eine explizite Nichtinanspruchnahme ausdrücken. Zum Beispiel: „<i>da bin ich nicht zum Arzt gegangen</i>“, „<i>eine Krankschreibung brauche ich da nicht</i>“.</p> <p>Die Hauptkategorie „Inanspruchnahme“ enthält die Subkategorien (Definition s. dort):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Zugang zum Gesundheitssystem ○ Gründe für Inanspruchnahme ○ Gründe gegen Inanspruchnahme <p>Textstellen, die Aspekte der Inanspruchnahme betreffen, die mit den bisherigen Subkategorien nicht erfasst werden oder nicht eindeutig einer Subkategorie zugeordnet werden können, werden vorerst in der Hauptkategorie „Inanspruchnahme des Gesundheitssystems“ gesammelt.</p> <p>Zum Beispiel:</p> <p>- „<i>Ich schleppte mich da ja seit Wochen mit [...] [dieser Erkrankung]. Teils eben auch so, äh, irgendwie, äh, LEISTENbeschwerden, Antibiotika schlucken, bin ich da auf Arbeit gedackelt. Ich meine andere lassen sich dann irgendwie eine Woche krankschreiben, ja. (.) Ja und dann da/ Ich weiß, das hat mich SEHR geärgert, weil ich mich eben nicht hundertprozentig fit fühlte. Und aber hundertprozentig gearbeitet habe wie immer.</i>“ I14, A58-59</p>

	<p>→ Ziel: Ziel dieser Kategorie ist es, die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Ärzte intensiv zu beleuchten.</p>
Subkategorie: Zugang zum Gesundheitssystem	<p>Diese Subkategorie von „Inanspruchnahme des Gesundheitssystems“ sammelt alle Textstellen, die den konkreten Zugang des einzelnen Arzt-Patienten zum Gesundheitssystem im Sinne des Aufsuchens eines Leistungserbringers des Gesundheitssystems beschreiben. Leistungserbringer in diesem Sinne sind z. B. Krankenhaus, Hausarzt, Facharzt, Zahnarzt, Therapeuten (einschließlich Physiotherapie), ...</p> <p>Dies u. a. unter Berücksichtigung folgender Fragestellungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Der Zeitpunkt der Kontaktaufnahme im Krankheitsverlauf</u>, d. h. was war der ausschlaggebende Punkt? <u>Hinweis:</u> Mit Zeitpunkt ist hier kein reiner Lagezeitpunkt, z. B. genaues Datum oder nach modaler Lagezeit z. B. drei Tage nach Symptombeginn gemeint, sondern ein nach reiner oder entfalteter Modalzeit zu beschreibender qualitativer Zustand, der letztlich zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems führte (Einteilung der Zeit nach Schmitz in Stepath K. 2006. Gegenwartskonzepte: Eine philosophisch-literaturwissenschaftliche Analyse temporaler Strukturen. Königshausen & Neumann GmbH). - <u>Wer entscheidet</u>, wohin der Arzt-Patient geht? Er selber, überweist ihn ein Kollege, ... - <u>Zu wem/Wohin</u> geht der Arzt-Patient bzw. wird er geschickt? Zum einen im Sinne der Art des Leistungserbringers z. B. Hausarzt oder Facharzt. Zu wem geht der Arzt-Patient zuerst? Erst zum Hausarzt oder gleich zum Spezialisten? Zum anderen im Sinne der Nähe zum Kollegen: Sind der Arzt-Patient und der Leistungserbringer miteinander bekannt, befreundet, verwandt oder gänzlich unbekannt? - <u>Wie erfolgt die Kontaktaufnahme?</u> Telefonisch informell von Kollege zu Kollege, über Rezeption/Anmeldung, ... <p>NICHT codiert werden hier alle Aussagen und Vermutungen, die sich auf Ärzte allgemein beziehen, z. B.: „<i>ich denke mal alle Ärzte haben dieses Zeitproblem. Also für Ärzte ist es generell schwer einen Termin zu machen.</i>“ → z. B.: Kategorie Ärztegesundheit</p> <p>→ Ziel: Ziel dieser Kategorie ist es, den direkten Zugangsweg für Ärzte zum Gesundheitssystem zu beschreiben.</p>
Subkategorie: Gründe für Inanspruchnahme	<p>Diese Subkategorie von „Inanspruchnahme des Gesundheitssystems“ umfasst alle vom Arzt-Patienten explizit benannten und implizit ausgedrückten Gründe FÜR die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (s. o.).</p> <p>→ Ziel: Ziel dieser Kategorie ist es, Gründe FÜR die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems zu sammeln.</p>
Subkategorie: Gründe gegen Inanspruchnahme	<p>Diese Subkategorie von „Inanspruchnahme des Gesundheitssystems“ umfasst alle vom Arzt-Patienten explizit benannten und implizit ausgedrückten Gründe GEGEN die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (s. o.).</p>

	<p>Zum Beispiel:</p> <p>- „I: <i>Wo haben Sie die Übungen für die Krankengymnastik hergenommen? Haben Sie die schon in der Praxis vorrätig gehabt, oder?</i> B: <i>Nein. Ich bin selber, bin ich Sportmediziner. Also habe (.) habe mehrere (.) Lehrgänge auch besucht. Äh. (.) Für so kranken-(.)gymnastische Anwendungen und ich mache auch mein Leben lang schon selber Sport. [...]</i> Ja. <i>Wie gesagt und dadurch kenne ich auch so ein paar Übungen, [...]</i> I: <i>Und wo haben Sie Ihr Ihr Wissen über Ihre Beschwerden hergenommen? Also Sie haben ja quasi schon gesagt, wenn ich zum Kollege/ Kollegen gehen //würde//, der hätte die und die und die Optionen. Ähm. Haben Sie das aus dem Studium //oder?//</i> B: <i>//Mh.// //Na klar.//</i> Ja. <i>Mmh. D/ Das ist also teils, ich habe [...] [im Krankenhaus] lange Zeit gearbeitet, wo wir auch so Patienten mit [...] [der Erkrankung] hatten, äh (.) und ähm ja und da haben wir auch Patienten mit [...] [der Erkrankung] behandelt und ich besuche regelmäßig Weiterbildungen. Also ich bin häufig unterwegs. Auch an den Wochenenden, wo ich mir so Sachen, sowohl in der Sportmedizin als auch in meiner hausärztlichen Tätigkeit angucke. Wo auch solche Sachen immer wieder mal vorgestellt werden und auch die Behandlungsoptionen dazu und Für und Wider von Operationen und so was, sodass man da eigentlich schon ganz gut, ja ausgebildet ist eigentlich.</i> “ I9, A51-54</p> <p>→ Ziel: Ziel dieser Kategorie ist es Gründe GEGEN die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems zu sammeln.</p>
Arzt-Patient	<p>Arzt-Patient ist definiert als ein kranker Arzt. Arzt ist ein approbierter Mediziner. Krank bedeutet hier das Auftreten von Krankheitssymptomen, unabhängig davon, ob der Arzt-Patient diese als Krankheit wahrnimmt oder nicht. Arzt-Patienten im Sinne dieser Kategorie können der Befragte selber, als auch von ihm erwähnte kranke Kollegen sein. Entscheidend ist der Blickwinkel durch die Augen eines erkrankten Arztes.</p> <p>In diese Kategorie fallen alle Aspekte, die das Besondere an der Rolle eines erkrankten Arztes ausmachen, z. B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Folgen seines Fachwissens und seiner Kompetenz, z. B. Erwartungen, die er an ihn behandelnde Kollegen stellt. - Sein Verhalten und Handlungsweisen im eigenen Krankheitsfall, z. B. Selbstbehandlung, Selbstmedikation, Selbstdiagnostik, aber auch trotz Krankheit Weiterarbeiten. - Aussagen, die seine Rolle im eigenen Erkrankungsfall charakterisieren. - Antworten auf folgende Fragen: Inwieweit kann und will der kranke Arzt die Patientenrolle einnehmen? Wie erlebt er seine Erkrankung und die Behandlung, z. B. einen Arztbesuch, durch einen Leistungserbringer, z. B. einen ärztlichen Kollegen? Welche Emotionen verbinden sich für ihn mit seiner Erkrankung und der Behandlung? Welche Erfahrungen hat der Arzt-Patient ganz konkret gemacht? Z. B.: „<i>Ich bin schnell drangekommen</i>“. <p>NICHT codiert werden an dieser Stelle alle Textstellen, die sich nicht auf ein reales Krankheitsgeschehen beziehen, welches der Interviewte ganz konkret erlebt hat, z. B. das Reindenken in eine bestimmte Krankheitssituation</p>

	<p>(z. B.: „<i>Wenn ich Krebs hätte, wüsste ich nicht wie ich reagiere.</i>“) oder Ängste und Empfindungen, die nicht mit einer bestimmten realen Erkrankung verbunden sind, z. B. die Angst, Krebs zu bekommen, oder Todesangst. → Andere Kategorie z. B. „Einstellungen und Werte“</p> <p>NICHT hier codiert werden Textstellen, die direkte Folgen der Erkrankung darstellen, z. B.: „<i>Das nützt nichts, da musst du die Praxis zumachen.</i>“ → eigene Kategorie: „Folgen/Konsequenzen“ – Subkategorie „Direkte Folgen“</p> <p>NICHT hier codiert werden Textstellen, die explizit das für einen Arzt-Patienten charakteristische medizinische Fachwissen beschreiben. → eigene Kategorie: „Medizinisches (Fach-)Wissen“</p> <p>→ Ziel: Das Ziel dieser Kategorie ist es, den Arzt-Patienten, den erkrankten Arzt, in den Blick zu nehmen und alle Aspekte, die diese besondere Situation aus seiner Sicht ausmachen, darzustellen. Es soll ein umfangreiches Bild, eine Charakterisierung von Arzt-Patienten, erreicht werden.</p>
<p>Arzt-Behandler</p>	<p>Arzt-Behandler ist definiert als ein Arzt, der einen anderen Arzt behandelt. Entscheidend ist die Betrachtung der Dinge durch die Augen eines einen anderen Arzt behandelnden Arztes. Behandlung umfasst sowohl vorbeugende, diagnostische, therapeutische und nachsorgende Maßnahmen, sowie Beratungen. Diese Kategorie beschreibt alle Aspekte der besonderen Rolle eines Arzt-Behandlers: u. a. Erwartungen, die an den kranken Kollegen gestellt werden. Auch Erfahrungen mit und Erleben der Behandlung von Arzt-Patienten sowie Reaktionen von Arzt-Behandlern auf Arzt-Patienten werden hier codiert.</p> <p>→ Ziel: Ziel dieser Kategorie ist es, den Arzt-Behandler in den Blick zu nehmen und alle Aspekte, die mit dieser besonderen Situation zusammenhängen, abzubilden. Es soll ein differenziertes Bild, eine Charakterisierung von Arzt-Behandlern erreicht werden.</p>
<p>Arzt-Patienten-Beziehung</p> <p><i>Fokus auf BEZIEHUNG, egal welche Richtung</i></p>	<p>Diese Kategorie umfasst alle Textstellen, die die Beziehung des Arzt-Patienten und seines behandelnden Arztes umfassen. Beziehung bedeutet in diesem Fall u. a. das Erleben der Interaktion, die emotionale Komponente, z. B. ob und inwiefern ein Vertrauen zu dem behandelnden Arzt bereits besteht, entsteht oder nicht. Der Fokus liegt auf der Beziehung, sowohl aus der Blickrichtung des Arzt-Patienten, als auch aus der Blickrichtung des Arzt-Behandlers. Dies gilt sowohl für Behandlungen, bei denen der Arzt-Patient sich als Patient fühlt und/oder so behandelt wird, als auch, wenn er gewollt und/oder nicht gewollt als Kollege behandelt wird.</p> <p>Zum Beispiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „<i>Das war eine positive Erfahrung.</i>“ 11, A93 - „<i>Da gab es, glaube ich, von der Seite keine Unterstützung oder so. Da stand ich alleine da.</i>“ 12, A82 <p>→ Ziel: Ziel dieser Kategorie ist es, die Komponente Arzt-Patienten-Beziehung bei einem Arztbesuch zu durchleuchten und herauszufinden, inwiefern diese einen Arztbesuch fördern kann oder nicht.</p>

Umfeld	<p>Diese Kategorie fasst alle Textstellen zum Umfeld des Arzt-Patienten (s. o. Definition Arzt-Patient) zusammen. Umfeld bedeutet in diesem Kontext Personen oder Personengruppen, die im konkreten Erkrankungsfall des Arzt-Patienten unmittelbar auf ihn einwirken, auf die er reagiert und die auf ihn reagieren. Zu beachten ist: Wen nennt der Interviewte überhaupt als „sein Umfeld“? Außer den genannten fallen auf jeden Fall darunter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personal (Arzthelferinnen, Krankenschwestern, ...) - Kollegen (andere Ärzte) - Familie - eigene Patienten oder andere Patienten <p>An Stellen, an denen es von Bedeutung ist und sich nicht schon aus den gewählten Zitaten ergibt, werden auch Aussagen zum speziellen Setting mitcodiert, z. B.: <i>„damals im Bundeswehrkrankenhaus“</i>.</p> <p>Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf den Reaktionen des Umfeldes auf das Kranksein des Arztes, z. B.: <i>„Da waren die Menschen ganz erschrocken.“</i>, außerdem auf den Reaktionen des Umfeldes auf die Behandlung des Arztes durch einen Leistungserbringer, z. B. einen ärztlichen Kollegen, und auf der Fragestellung: Welche situativen Reaktionen löst das Umfeld beim Arzt-Patienten aus? Z. B.: <i>„War mir peinlich in dem Moment.“</i></p> <p>NICHT hier codiert werden alle Textstellen, die sich auf den konkreten Arzt-Behandler und die Interaktion zwischen Arzt-Patient und Arzt-Behandler während einer Behandlung beziehen. → andere Kategorie: z. B. Arzt-Behandler oder Arzt-Patient, je nach Blickrichtung oder Arzt-Patienten-Beziehung</p> <p>NICHT hier codiert wird, wie der Arzt-Patient sein Umfeld erlebt. → eigene Kategorie: Arzt-Patient</p> <p>Zum Beispiel: <i>„I: Wie fanden Sie das? B: Doof. Ja, doof fand ich das, dass die sich nicht richtig um mich gekümmert hat.“</i> (Anmerkung: bezieht sich auf die behandelnde Ärztin des Arzt-Patienten)</p> <p>→ Ziel: Ziel dieser Kategorie ist es, das Umfeld und seinen Einfluss bzw. Wirkung auf den Arzt-Patienten zu beschreiben.</p>
Folgen/ Konsequenzen	<p>In dieser Hauptkategorie sollen die Folgen, die eine Erkrankung eines Arzt-Patienten für ihn hat, abgebildet werden. Dabei werden direkte Folgen, z. B. die Praxis muss wegen Erkrankung geschlossen werden, von den langfristigen Folgen und Einstellungsänderungen durch die Krankheit, z. B. <i>„ich kann meine Patienten nun besser verstehen“</i>, unterschieden und jeweils in einer eigenen Subkategorie gesammelt.</p> <p>Diese Hauptkategorie enthält die Subkategorien (Definitionen s. dort):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ unmittelbare Folgen ○ langfristige Folgen <p>→ Ziel: Das Ziel dieser Kategorie ist es, Folgen der Erkrankung von Arzt-Patienten zusammenzutragen.</p>

<p>Subkategorie: Unmittelbare Folgen</p>	<p>In dieser Subkategorie von „Folgen/Konsequenzen“ werden die unmittelbaren Folgen, die eine bestimmte Erkrankung eines Arzt-Patienten auf sein Lebensumfeld hat, beschrieben. Allerdings sollen Textstellen hier nur codiert werden, sofern sie neue, über die in den Kategorien „Arzt-Patient“, „Inanspruchnahme“ und „Umfeld“ definierten Aspekte hinausgehende Folgen der Krankheit enthalten. So gehören z. B. die Notwendigkeit, infolge der Krankheit die eigene Praxis schließen zu müssen, die eigenen Kinder zuhause nicht mehr versorgen zu können oder Einschränkungen durch die Krankheit, die das Lebensumfeld akut verändern, in diese Subkategorie.</p> <p>Zum Beispiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Das nützt nichts, da musst du die Praxis zumachen.“ - „Da konnte ich nicht in den geplanten Skiurlaub fahren.“ - „Aber das hat mich doch auch runtergezogen. Ja. Weil weil (..) wie gesagt, das das Anziehen einer Jacke war ein Problem, die Schuhe zubinden war ein Problem, auf Toilette zu gehen, irgendwo Papier abzureißen war/ Also die einfachsten Dinge im Leben eben. [...] Und ähm (.) und das hat es mir auf die Stimmung >geschlagen< (lachend).“ I9, A39 <p>NICHT hier codiert werden langfristige Veränderungen des Lebensumfeldes, Verhaltens- und Einstellungsänderungen, z. B. dass ein Arzt-Patient nach einer eigenen Erkrankung seine Patienten besser verstehen kann, seither mehr Sport treibt oder seine eigene Gesundheit wichtiger nimmt. → andere Kategorie: Folgen/Konsequenzen – Subkategorie Langfristige Folgen</p> <p>NICHT hier codiert werden alle Aspekte, die definitionsgemäß mit den Kategorien Arzt-Patient, Inanspruchnahme, Umfeld und deren Subkategorien bereits abgedeckt sind, d. h. krankheitsbezogene Folgen wie z. B. erforderliche Therapieschemata und Medikation, Notwendigkeit der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe, Reaktionen des Umfeldes usw. oder Aspekte wie z. B. Krankheitserleben, Verhalten im Krankheitsfall, z. B. Selbstbehandlung. → in diesem Fall keine Doppelcodierung</p> <p>→ Ziel: Ziel dieser Subkategorie ist es, Hinweise für die unmittelbaren Folgen einer Erkrankung des Befragten auf sein Lebensumfeld zu sammeln, soweit diese nicht schon mit anderen Kategorien (Arzt-Patient, Inanspruchnahme, Umfeld) erfasst werden.</p>
<p>Subkategorie: Langfristige Folgen</p> <p><i>Langfristige Verhaltens- und Einstellungsänderungen</i></p>	<p>Diese Kategorie sammelt alle Antworten auf die Fragen: Was haben Krankheit, Behandlung, Erleben und die Reaktionen des Umfeldes beim Arzt-Patienten langfristig bewirkt? Gibt es durch das Krankheitserlebnis veränderte Einstellungen und Ansichten (z. B. wegen positiver/negativer Erfahrungen)? Hat sich im Verhalten des Arzt-Patienten etwas verändert?</p> <p>Zum Beispiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Wenn ein Kollege hier sitzt, ist man wahrscheinlich selber da mal NACHlässig. Und da muss man besonders aufpassen. Durch meine eigene Erfahrung. Dass man ihn wirklich so behandelt, ihm alle möglichen Dinge so

	<p>sagt, wie SONST normalen Patienten, auch wenn es ihn nervt. (.) Das ist für mich die persönliche Konsequenz.“ I2, A246, „Das ist meine Erfahrung, wo ich, bei Kollegen mir mehr Mühe gebe. Die normalen Dinge zu sagen.“ I2, A264</p> <p>- „Einen ärztlichen Kollegen werde ich auch gründlicher untersuchen. Wenn der sagt: ‚Du brauchst meine Lunge nicht abhören, ich habe ja nur einen Husten.‘ (.) [...] Mache ich nicht. Sage (aber?): ‚Du bist Kollege, da gucke ich besonders nach. Da gucke ich B/ Da handele ich anders.‘ Aber nur aus meiner eigenen Biographie heraus.“ I2, A250</p> <p>- „I: Sie haben gesagt, dass Sie über Ihre Erkrankung, [...] gelernt haben, auch Dinge anzusprechen, jetzt als Kollege. Also wenn mir was nicht gesagt wird, dann spreche ich das an. Trifft das auf Ihre Beziehung [...] [zu dem bestimmten Arzt-Behandler] auch zu? Also trauen Sie sich da jetzt auch Dinge anzusprechen? Oder MEHR anzusprechen? B: Naja. (...) Trau ich mir mehr zu.“ I2, A460</p> <p>- „Das hat dann auch dazu geführt, äh, dass ich dann, nachdem ich wieder gearbeitet habe, dann die Arbeitszeit verkürzt habe. [...] Und das war dann der Grund für mich, [...] dort aufzuhören in der Klinik, die Praxis hier zu übernehmen. Und seitdem ist das viel besser für mich.“ I2, A20-22</p> <p>- „seitdem gehe ich da nicht mehr hin/ nicht mehr zu Kollegen“</p> <p>NICHT hier codiert werden alle unmittelbaren Folgen der Erkrankung, z. B. die Notwendigkeit die Praxis zu schließen, bestimmte Dinge akut aufgrund körperlicher Einschränkungen vorübergehend nicht mehr tun zu können.</p> <p>NICHT hier codiert werden Textstellen, wenn sich dauerhafte Folgen nicht auf den Arzt-Patienten selbst beziehen, sondern z. B. durch die Erkrankung des Arzt-Patienten beim Umfeld oder beim Arzt-Behandler ausgelöste Folgen darstellen.</p> <p>→ eigene Kategorie: z. B. Umfeld, Arzt-Behandler</p> <p>Zum Beispiel:</p> <p>- „Ich habe eine Kollegin, die hatte sich auch überlegt sich dieser Behandlung zu unterziehen, die hat das dann sein lassen.“</p> <p>- „Bei ihr [Anmerkung: Arzt-Behandlerin] habe ich immer das Gefühl, dass das was mit ihr gemacht hat. Sie hat immer noch Angst wegen damals. Meine Einstellung ihr gegenüber ist dagegen unverändert.“</p> <p>→ Ziel: Ziel dieser Kategorie ist es, langfristige Verhaltens- und Einstellungsänderungen als Folge des Erlebnisses Krankheit in der Rolle eines Arzt-Patienten festzustellen.</p>
<p>Prägung</p>	<p>In dieser Hauptkategorie werden alle Textstellen gesammelt, die einen prägenden Einfluss von Personen, Dingen, Worten, Erlebnissen oder Erfahrungen aufzeigen, die für das heutige Denken, Verhalten und Erleben des Befragten von Bedeutung sind.</p> <p>Dabei wird unterschieden zwischen Prägung, die zeitlich in der Zeit vor dem Arzt-Sein stattgefunden hat und Prägung, die seit der Approbation geschehen ist.</p> <p>Diese Hauptkategorie enthält die Subkategorien (Definitionen s. dort):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Vor der Approbation ○ Nach der Approbation

	<p>→ Ziel: Ziel dieser Kategorie ist es zusammenzutragen, an welchen Stellen bei den Befragten Prägung stattgefunden hat, die für das heutige Arzt-Patient-Sein von Relevanz ist.</p>
Subkategorie: Vor der Approbation	<p>In diese Subkategorie von Prägung werden alle Textstellen gesammelt, die einen expliziten Rückbezug auf die Kindheit und Jugend sowie die Studienzeit des Interviewten enthalten. Die zeitliche Grenze liegt hierbei bei der Approbation. Textstellen können Prägungen durch z. B. Einstellungen oder Berufe der Eltern oder eigene frühe Erfahrungen enthalten, die der Interviewte erwähnt.</p> <p>Zum Beispiel: - „Da gab es eigentlich bei uns, ich sag mal, keinen Arzt in der Kindheit“</p> <p>→ Ziel: Ziel dieser Subkategorie ist es herauszufinden, inwiefern die Prägung vor Beginn des Arzt-Seins ein Faktor ist, der das Verhalten und Erleben des Arztes im Krankheitsfall beeinflusst.</p>
Subkategorie: Nach der Approbation	<p>In diese Subkategorie von Prägung werden alle Textstellen gesammelt, die Prägungen widerspiegeln, die zeitlich nach der Approbation liegen. Textstellen können Prägungen z. B. durch Erlebnisse und Erfahrungen abbilden, die der Befragte durch sein berufliches Tätigsein als Arzt in Klinik, Praxis, bei Weiterbildungen, z. B. dem Erwerb von Zusatzbezeichnungen, in früheren Anstellungen usw. gesammelt hat. Auch Erfahrungen anderer Personen, z. B. seiner eigenen Patienten oder Angehörigen, die der Befragte als prägend auf sein heutiges Denken, Verhalten und Erleben beschreibt. Ebenso Prägungen, die nicht direkt in Zusammenhang mit seiner beruflichen Tätigkeit stehen, aber z. B. durch die Bewertung einer Situation mit ärztlichem Fachwissen entstanden sind.</p> <p>→ Ziel: Ziel dieser Subkategorie ist es herauszufinden, inwiefern Prägung auch während des Arztseins ein Faktor ist, der das Verhalten und Erleben des Arztes im Krankheitsfall beeinflusst.</p>
Medizinisches (Fach-)Wissen	<p>Diese Kategorie beinhaltet Textstellen, die das spezifische Wissen, das ein Arzt aufgrund seiner beruflichen Ausbildung erworben hat, beschreiben. Als berufliche Ausbildung zählen hierbei: das Medizinstudium, Facharztweiterbildungen, sonstige Weiterbildungen auf medizinischem Gebiet, z. B. der Erwerb von Zusatzbezeichnungen z. B. Sportmedizin oder Naturheilverfahren, auch Fortbildungsseminare u. a.m. Außerdem zählen dazu auch Erfahrungen, die aufgrund von beobachtetem oder selbst durchgeführtem ärztlichem Handeln zum Erwerb von spezifischem, medizinischem Wissen geführt haben, z. B. bei Prozeduren wie Magenspiegelung und Koloskopie.</p> <p>Textpassagen, welche auf spezifisches ärztliches Fachwissen hinweisen, sind durch mindestens eines der folgenden Merkmale gekennzeichnet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verwendung von Fachsprache - inhaltliche Zusammenhänge, die über das Alltagswissen von z. B. Laien und Laienpatienten hinausgehen

	<ul style="list-style-type: none"> - systematische Darstellung von Krankheiten und ihrer Behandlung nach folgenden Gesichtspunkten: Risikofaktoren und Prävention, Pathogenese, Symptomatik, Diagnostik, Therapie - expliziter Bezug auf die Ärzteschaft, z. B. „Wir Ärzte, wir wissen ja, ...“ <p>Zum Beispiel:</p> <p>- „<i>So eine Koloskopie ist schon unangenehm. Das wissen wir ja.</i>“ [Anmerkung: Aufgrund des hier nicht abgebildeten Kontextes wird bei diesem Zitat ein Bezug auf die Ärzteschaft allgemein angenommen.]</p> <p>- I9, A51-54 (s. o. → Inanspruchnahme des Gesundheitssystems – Subkategorie: Gründe gegen Inanspruchnahme)</p> <p>- „<i>Und in der Familie gibt es (.) gibt es keine schlimmen Erkrankungen, wo ich sage: ‚Naja, haben alle Krebs gehabt. Jetzt müsstest du selber mal zum Darmspiegeln gehen.‘ (.) Gibt es nicht – Gott sei Dank! Ja. (.) Eltern sind über siebzig und eigentlich relativ gesund. Ja. (.) Mh. (.)</i>“ I9, A68</p> <p>NICHT hier codiert werden Erfahrungen und Erlebnisse aus beruflicher Ausbildung und Berufsalltag, die zwar einen prägenden Einfluss auf den Befragten und sein Arzt-Patient-Sein hatten, aber nicht zu einem Erwerb spezifischen ärztlichen Fachwissens geführt haben.</p> <p>Zum Beispiel:</p> <p>„<i>Die Karrieren kennt man ja von seinen Patienten. Vorher sind sie nicht eingeschränkt und nach der Krebsdiagnose kommen die plötzlich zu nichts mehr. Die werden richtiggehend krank gemacht.</i>“</p> <p>„<i>Da gab es in meinem Studium Situationen, die ich so schrecklich fand. Wo Ärzte Studierende vor dem Patienten so runtergemacht haben. Da habe ich mir vorgenommen: So wirst du mal nicht!</i>“ → andere Kategorie: Prägung</p> <p>NICHT hier codiert werden die Folgen, die das medizinische Fachwissen und die daraus entstehende Kompetenz im konkreten Erkrankungsfall eines Arzt-Patienten haben, z. B. die daraus resultierenden Erwartungen, die er an einen ihn behandelnden Kollegen hat. → Kategorie: Arzt-Patient</p> <p>NICHT hier codiert werden Textstellen, die medizinisches Wissen wiedergeben, welches nicht über das Wissen medizinischer Laien und Laienpatienten hinausgeht.</p> <p>→Ziel: Ziel dieser Kategorie ist es hervorzuheben, wo das spezifische medizinische Fachwissen eines Arzt-Patienten im Erkrankungsfall eine Rolle spielt und sein Arzt-Patient-Sein beeinflusst.</p>
<p>Einstellungen und Werte</p> <p><i>Was ist der Befragte für ein Mensch?</i></p>	<p>Diese Kategorie soll alle Aussagen des Befragten sammeln, die seine Einstellungen und Werte beschreiben. Dies können sowohl explizit geäußerte Aussagen sein, als auch implizit in anderen Aussagen zum Vorschein kommende. U. a. sind hier Einstellungen zu sich selbst, sowie Aussagen zum Weltbild, zur Rolle des Glaubens, zu Werten im Sinne von Lebensgrundsätzen, Idealen, Handlungsmaximen usw. gemeint. Zudem können hier auch Aussagen, die Rückschlüsse auf die Reflexionsfähigkeit des Befragten geben, codiert werden.</p>

	<p>Diese Hauptkategorie enthält vorerst zwei Subkategorien:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Selbstbild: beschreibt, über welche Werte, Eigenschaften, Orientierungen usw. sich der Befragte definiert ○ Hypothetische Krankheitsfälle: diese enthält Aussagen über hypothetische Krankheitsfälle oder hypothetisches Kranksein, da sie Einstellungen zum Kranksein, zum Tod u. Ä. widerspiegeln <p>Textstellen, die Aspekte betreffen, die mit den bisherigen Subkategorien nicht erfasst werden oder nicht eindeutig einer Subkategorie zugeordnet werden können, werden vorerst in der Hauptkategorie „Einstellungen und Werte“ gesammelt.</p> <p>→ Ziel: Ziel dieser Hauptkategorie ist es, soweit dies aus dem Interviewmaterial möglich ist, zu verstehen, welche Einstellungen und Werte der Befragte in sich trägt, da angenommen wird, dass diese sein Verhalten und Erleben als Arzt-Patient beeinflussen.</p>
<p>Subkategorie: Selbstbild</p> <p><i>Einstellung zu sich selbst</i></p>	<p>Diese Subkategorie von „Einstellungen und Werte“ sammelt alle Aussagen, die das Selbstbild des Befragten widerspiegeln. Wie bzw. als was sieht er sich selbst? Über welche Werte, Eigenschaften, Orientierungen definiert er sich? Dies können sowohl explizit geäußerte Aussagen sein als auch implizit in anderen Aussagen zum Vorschein kommende. Immer sind es jedoch den Interviewten ganz persönlich betreffende Aussagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - implizit („Unterton“, nicht direkt angesprochen, zwischen den Zeilen) - explizit („Ich bin...“, „Ich...“) - Erwartungen an sich selbst - Einschätzung der eigenen Gesundheit z. B.: „Ich bin gesund.“ - Arbeit (Einstellungen in Bezug auf Krankheit) - Rolle als Arzt <p>Zum Beispiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sehr präsenes Arbeitsethos: <i>„Also wenn ich mal Schnupfen habe, dann nehme ich ein homöopathisches Mittel und gehe weiter arbeiten. Das mit der [...] [Erkrankung] war eine Sache von vier Tagen. Da bin ich auch die ganze Zeit arbeiten gewesen.“ II, A184; „Arbeiten geh ich sowieSO immer.“ II, A325</i> - <i>„aber das hängt ja mit dem eigenen Leistungsverhalten, eigenen Leistungsanspruch zusammen. Ja. Das man eben meint man ist eben narzisstisch als Arzt und hochleistungsbereit. Kümmert sich vielleicht doch schlecht um sich selber.“ II, A19</i> - explizite Selbstdefinition: <i>„I: Als was für ein Arzt würden Sie sich selber beschreiben? B: Ich bin Allgemeinmediziner. Ich liebe Naturheilkunde. Und ich versuche nach BESTEM Wissen und Gewissen meinen Patienten zu helfen. Und das muss nicht immer konform mit irgendwelchen Leitlinien oder Regeln sein.“ II, A169-174</i> <p>NICHT hier codiert werden allgemeine Aussagen z. B. zum Thema Gesundheit bzw. wie der Befragte den Begriff Gesundheit versteht usw. → andere Kategorie: z. B. Gesundheit</p>

	<p>→ Ziel: Das Ziel dieser Kategorie ist es, das Selbstbild des Arztes, soweit möglich, darzustellen bzw. abzubilden. Dies erfolgt im Hinblick darauf, dass daraus natürlich viele weitere Einstellungen und Verhaltensweisen folgen.</p>
<p>Subkategorie: Hypothetische Krankheitsfälle</p>	<p>Dies ist eine Subkategorie von „Einstellungen und Werte“. Hierunter fallen Aussagen zu fiktiven Krankheitszuständen. Dies können hypothetische Handlungsweisen sein, z. B.: „<i>Wenn das passieren würde, würde ich dies tun.</i>“. Es können auch in hypothetischen Fällen ausgedrückte Befürchtungen oder Hoffnungen sein, z. B.: „<i>Wenn das passieren würde, wünsche ich mir, dass es schnell geht.</i>“</p> <p>Zum Beispiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Ängste, die nicht in Zusammenhang mit einer konkreten Erkrankung des Befragten stehen, z. B. unabhängig davon Todesangst</i> - <i>„Wenn ich Krebs hätte, dann wüsste ich auch nicht, wie ich dann reagiere.“</i> - <i>„Ich glaube dann würde ich lieber ein halbes Leben ohne Wissen nehmen, als ein ganzes, qualvolles mit diesem Wissen.“</i> <p>→ Ziel dieser Kategorie ist es, Einstellungen und Vorstellungen des Befragten zu fiktiven bestimmten Krankheitszuständen o. Ä. zusammenzutragen. Dies erfolgt in Hinsicht darauf, dass diese in gewisser Weise z. B. für das Verhalten und Erleben des Arzt-Patienten im realen Erkrankungsfall relevant sein können.</p>
<p>Naturheilkunde und andere alternative Heilweisen</p>	<p>In dieser Hauptkategorie werden erstmal alle Textstellen gesammelt, in denen es um alternative Heilverfahren oder den Gegensatz Alternativmedizin bzw. Naturheilkunde und wissenschaftliche bzw. Schulmedizin geht.</p> <p>Schulmedizin bedeutet die naturwissenschaftlich orientierte, universitäre und im Allgemeinen weltweit anerkannte Auffassung der Medizin. Der Begriff Schulmedizin wird in wertschätzender Weise verwendet und dient der Abgrenzung gegenüber anderen Heilverfahren.</p> <p>Beispiele: Arzneimitteltherapie im Sinne schulmedizinischer Pharmakotherapie, operative Verfahren, Strahlentherapie, Psychotherapie, Physiotherapie usw.</p> <p>Alternativmedizin wird an dieser Stelle als Abgrenzungsbegriff für alle Heilweisen verwendet, welche nicht unter obige Definition von Schulmedizin fallen. Die Grenzen zwischen Schulmedizin und Alternativmedizin sind fließend und definitionsgemäß u. a. auf das Welt- und Menschenbild bezogen, welches hinter dem jeweiligen Behandlungsansatz steht. Daher kann es sein, dass ein schulmedizinisch ausgebildeter Arzt alternativmedizinisch denkt und handelt. Ebenso können einzelne alternative Verfahren durch wissenschaftliche Studien gestützt werden, sind aber keine Universitätsmedizin.</p> <p>Beispiele: Naturheilmedizin, Phytotherapie, Homöopathie, Osteopathie, Akupunktur, Kneippsche Wassertherapie, Geistheilung, Schamanismus...</p> <p>Zum Beispiel:</p> <p><i>„Und das habe ich dann erstmal wirklich versucht selbst zu therapieren und dann eben auch so Florazäpfchen auch genommen.“ II4, A24-25</i></p>

	→ Ziel: Durch weitere Bearbeitung soll anhand der Übersicht aller Textstellen der Kern und die Bedeutung dieses Themas für die Forschungsfrage analysiert werden. Dann erfolgt gegebenenfalls die Umbenennung, Ausdifferenzierung oder Streichung.
Sonstiges	In dieser Kategorie werden erstmal alle Textstellen gesammelt, die zwar interessante Aspekte enthalten, aber nirgendwo sonst im Codebaum codiert werden können oder die für die Forschungsfrage bedeutungslos erscheinen. Restekategorie.
Begriffsdefinitionen: <ul style="list-style-type: none"> • Arzt-Patient = kranker Arzt • Arzt-Behandler = Arzt, der einen anderen, meist kranken Arzt behandelt oder berät • Laienpatient = normaler Patient; Patient, der von Beruf kein Arzt ist 	

3.5 Code-Theory-Model (Conceptual Map)

Das Code-Theory-Model (Conceptual Map) (s. Abb. 1) visualisiert die von uns gefundenen Zusammenhänge zwischen den Hauptkategorien des im vorhergehenden Kapitel präsentierten Kategoriensystems.

Die Kategorie „Arzt-Patient“ beschreibt den erkrankten Arzt mit seinem Erleben und Verhalten im Krankheitsfall. Dies ist jedoch nur ein Teil der Persönlichkeit des Befragten, welche in diesem Modell durch einen Kreis symbolisiert wird. Zu ihr gehören z. B. auch folgende Einflussfaktoren: „Krankheit“ und „Gesundheit“ im Sinne subjektiver Definitionen des Befragten, Vorwissen und Vermutungen seinerseits zum Thema Ärztegesundheit (Kategorie „Vorwissen/Vermutungen Ärztegesundheit“), „Werte und Einstellungen“ im Sinne „innerer Ansichten“ einschließlich seines Welt- und Selbstbildes, ebenso das erworbene „Medizinische (Fach-)Wissen“ und die in der Kategorie „Naturheilkunde und andere alternative Heilweisen“ abgebildeten Ansichten und Verhaltensweisen.

Die bisher genannten Einflussfaktoren sind geprägt worden u. a. durch die Eltern, z. B. durch das Erleben und den Umgang mit Krankheit oder Ärzten in der Kindheit, durch Ausbildung und Berufsleben (Kategorie „Prägung“).

Zudem bewegt sich der Arzt-Patient in einem ihn beeinflussenden Umfeld. Die Kategorie „Umfeld“ ist in dieser Arbeit eingeschränkt auf aktuelle Bezugspersonen im eigenen Krankheitsverlauf, z. B. Familie, Personal, eigene Patienten oder Mitpatienten, die mit dem Arzt-Patienten interagieren oder auf die er reagiert.

Systemische Rahmenbedingungen werden in der Kategorie „Gesundheitssystem“ abgebildet. Dies ist der Kontext in dem der Arzt-Patient sich bewegt. All dies führt direkt oder indirekt zu einem Inanspruchnahmeverhalten, welches in der Kategorie „Inanspruchnahme“ abgebildet wird.

Eine Sonderrolle nimmt dabei der „Arzt-Behandler“ ein. Diese Kategorie beschreibt die Behandlung von Arzt-Patienten aus der Sicht des Arzt-Behandlers. Zwischen Arzt-Patient und Arzt-Behandler entsteht eine besondere „Arzt-Patienten-Beziehung“, die zweifellos bedeutsam für den weiteren Krankheitsverlauf und das Inanspruchnahmeverhalten ist.

Auch im Rahmen von „Gesundheitsverhalten“, z. B. bei Vorsorgen oder Impfungen, kann die Inanspruchnahme erfolgen oder nicht erfolgen. Das Gesundheitsverhalten beeinflusst z. T., ob ein Arzt überhaupt krank wird und damit die potentielle Notwendigkeit einer Inanspruchnahme im Krankheitsfall überhaupt eintritt.

Selbst erlebte Krankheit kann unmittelbare Folgen auf das Lebensumfeld haben, z. B. die Unfähigkeit soziale Rollen wie etwa das Elternsein zu erfüllen. Sie kann aber auch langfristige

Folgen haben, d. h. z. B. zu Einstellungsänderungen führen, die zukünftig das Inanspruchnahmeverhalten verändern oder bestehendes Verhalten befestigen (Kategorie: „Folgen/Konsequenzen“).

In der Kategorie „Sonstiges“ wurden codierenswerte Extra-Themen erfasst, z. B. die Doppelrolle des gleichzeitig Vater- bzw. Mutter-Seins und des Arzt-Seins. Dies kann wiederum Auswirkungen auf die Inanspruchnahme im eigenen Krankheitsfall haben, z. B. durch prägende Erlebnisse als begleitender Erziehungsberechtigter eines minderjährigen Kindes oder wenn ein eigener stationärer Aufenthalt wegen eines kleinen Kindes daheim abgelehnt wird.

Natürlich beeinflussen auch die Medien, wie Fachzeitschriften usw. Sie werden jedoch nicht in einer eigenen Kategorie abgebildet, da sie an vielen unterschiedlichen Stellen ansetzen. Sie können direkt die Einstellungen und Werte des Befragten beeinflussen oder die seines Umfeldes, mit dem der Arzt-Patient im Krankheitsfall konfrontiert wird. Der mediale Einfluss kann prägenden Charakter haben und z. B. schon in der Kindheit liegen. Medien können Fachwissen vermitteln und auf diese Weise auch den Arzt-Behandler in seinen Interaktionen beeinflussen. Sie können Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten des Befragten haben, indem dadurch z. B. bestimmte Vorsorgemaßnahmen für wichtig oder unsinnig gehalten werden. Dies sollen nur einige Beispiele sein.

Genauso ist es mit dem jeweiligen Weltbild bzw. mit dem Glauben einer Person. Diese können bspw. entscheidend für das Verhalten des Befragten (z. B. Kategorie „Gesundheitsverhalten“, „Arzt-Patient“, „Inanspruchnahme“), des Arzt-Behandlers, des Umfeldes, von prägenden Personen in der Vergangenheit (Kategorie „Prägung“) usw. sein. Oder sie können innerhalb der Person des Befragten Krankheits- und Gesundheitsdefinitionen oder die Art und Weise des Befragten, sich mit Alternativmedizin zu beschäftigen, beeinflussen. Das Wissen und die Erfahrungen, die in der Kategorie „Medizinisches Fachwissen“ abgebildet werden, können wiederum das Weltbild beeinflussen und sich in den daraus resultierenden inneren „Werten und Einstellungen“ des Befragten widerspiegeln. Dies soll nur beispielhaft sein. Die Sicht auf die Welt bzw. der Glaube können daher implizit alle genannten Kategorien beeinflussen.

Code-Theory-Model (Conceptual Map)

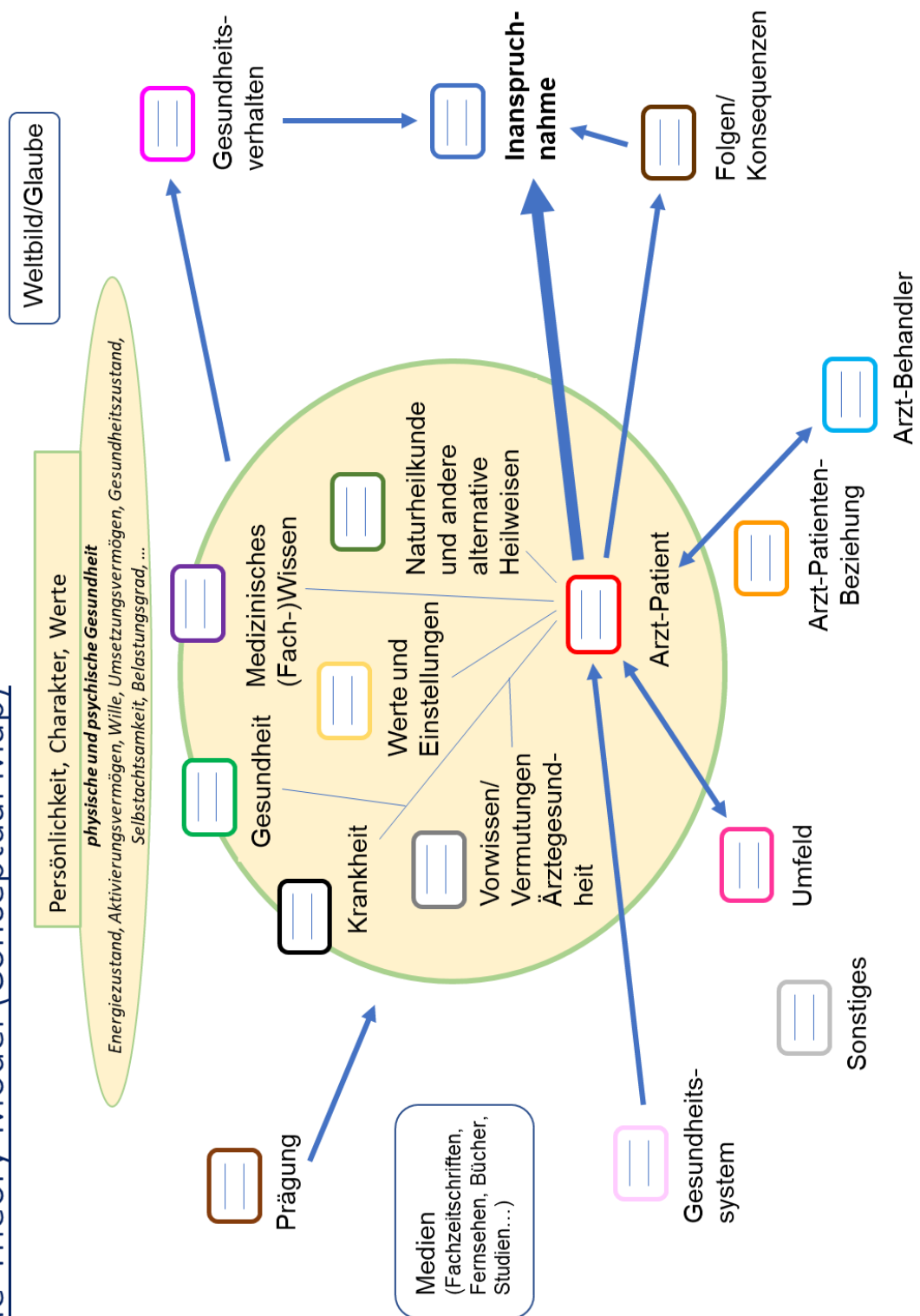


Abbildung 1: Code-Theory-Model (Conceptual Map) (Quelle: Eigene Darstellung)

3.6. Frameworkanalyse des Codes „Inanspruchnahme“

Die einzelnen Gründe, die für einen Befragten – bewusst oder unbewusst – letztlich zum Entstehen der Notwendigkeit oder der Entscheidung, das Gesundheitssystem in Anspruch nehmen zu müssen bzw. zu wollen, führen, sind sehr komplex. Häufig sind bei jedem einzelnen Punkt mehrere der gefundenen Einflussfaktoren beteiligt. Oft ist die Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems das Ergebnis eines bewusst oder unbewusst ablaufenden Entscheidungsprozesses. In diesen fließen oft viele verschiedene Gründe ein, die sowohl dafür als auch dagegen sprechen. Ein Befragter äußert: *„Also es war im Endeffekt die Summe.“* (I8, A12-13) Wie diese Entscheidung des Arzt-Patienten ausfällt, hängt davon ab, welcher Aspekt beim Befragten überwiegt. So kann z. B. die Sorge, die ein Krankheitssymptom hervorruft, so übermächtig werden, dass dieser Aspekt alles andere überwiegt und ein Abklärungsbedürfnis sowie ein Handlungsdrang entstehen. Dieser innere Handlungsdrang führt dann zur Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung.

Dabei muss sich das Individuum bei jedem einzelnen Aspekt der Inanspruchnahme immer wieder neu dafür oder dagegen entscheiden. Besorgt sich der Arzt-Patient nach der Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung mit dem Ergebnis der Verordnung eines Medikaments dieses? Nimmt er es tatsächlich ein? Führt er diese Behandlung bis zu Ende durch? Oder: Der Arzt-Patient hat angefangen, sich selbst zu behandeln, aber der Behandlungserfolg scheint auszubleiben. Er muss sich entscheiden, ob und wann er doch ärztliche Hilfe von einem Kollegen in Anspruch nimmt.

Zum Teil werden diese Entscheidungen dem Arzt-Patienten auch ein Stück weit abgenommen. Beispielsweise im Rahmen einer Krankenhausbehandlung ergibt sich eine von den klinischen Kollegen geleitete Behandlungsfolge und damit eine Folge von Inanspruchnahmen, bei der der Entscheidungsspielraum des Arzt-Patienten doch eingeschränkt ist. Hat er sich einmal für eine Operation entschieden, gehören die Aufklärung, verschiedene Abläufe im Krankenhaus, die Anästhesie und die anschließende Wundversorgung einfach dazu.

In der Frameworkanalyse zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens zeigte sich, dass die im ersten inhaltsanalytischen Schritt gefundenen Faktoren (s. 3.4. Kategoriensystem) jeweils sowohl hinderliche als auch der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems förderliche Aspekte enthalten. Dies soll in Tabelle 5 (Tab. 5) beispielhaft dargestellt werden.

Tabelle 5: Beispielhafte Darstellung förderlicher und hinderlicher Aspekte

	Förderliche Aspekte	Hinderliche Aspekte
Medizinisches Fachwissen	Das Wissen um mögliche schwere Krankheitsursachen der Symptomatik, z. B.: „ <i>Da habe ich schon gedacht: ‚Du könntest jetzt auch einen Krebs haben.‘“ (I11, A113)</i> , kann zu einem erhöhten Abklärungsbedürfnis führen und damit Inanspruchnahme befördern. Z. T. unterziehen sich Ärzte deshalb auch invasiveren Untersuchungen wie Koloskopie, Gastroskopie oder Laryngoskopie.	Auf der anderen Seite können durch das Erleben bestimmter Untersuchungen als Beobachter, z. B. während der Ausbildung, Ängste entstehen und Inanspruchnahme dadurch unterbleiben: „ <i>Also es gibt schon Untersuchungen, die unangenehm sind und die [...] man mit sich selber nicht machen lassen würde.</i> “ (I09, A23) → Hier findet sich auch ein Zusammenhang mit dem Einflussfaktor Prägung.
Werte und Einstellungen	Bestimmte Einstellungen, z. B.: „ <i>Ich meine, man hat doch eine gewisse Verantwortung SICH und wenn nicht sich dann der Familie gegenüber.</i> “ (I13, A300), oder Medikamente sind dazu da, um sie zu nutzen, scheinen förderlich im Sinne schnellerer Medikamenteneinnahme oder eines gewissen Abklärungsverhaltens zu sein.	Hingegen kann ein sehr hohes Arbeitsethos mit dem starken Gefühl des „Nicht-Ausfallen-Dürfens“ – „ <i>Arbeiten gehe ich sowieso immer!</i> “ (I01, A325) – dazu führen, dass Inanspruchnahme unterbleibt.
Gesundheitssystem	Die Notwendigkeit, dem Arbeitgeber eine AU-Bescheinigung vorzulegen, zwingt Angestellte im Krankheitsfall zur Inanspruchnahme im Sinne des Aufsuchens eines krankschreibenden Arztes.	Die für alle Kollegen einsehbare elektronische Patientenakte im MVZ oder Krankenhaus kann ein Hinderungsgrund für die Inanspruchnahme sein. → Dies hängt aber wiederum von der inneren Einstellung des Arzt-Patienten ab: Wie wichtig ist ihm Schweigepflicht? Oder pflegt er sowieso einen offenen Umgang in Fragen der eigenen Gesundheit?

Dass generell, besonders aber in Bezug auf die Bewertung des Inanspruchnahmeverhaltens, eine differenzierte Betrachtungsweise erforderlich ist, soll am Beispiel der Möglichkeit der Selbstverschreibung von Medikamenten durch Ärzte gezeigt werden. Diese ist je nach Fall positiv oder negativ zu bewerten. Auf der einen Seite kann sie, oft in Verbindung mit in der Praxis vorhandenen Arzneimittelmustern, im Sinne guter Verfügbarkeit die Medikamenteneinnahme im Krankheitsfall befördern. Auf der anderen Seite kann sie genauso eine Barriere sein, ärztliche Behandlung aufzusuchen, z. B. mit der medizinkulturell geprägten Einstellung: Der Kollege erwartet doch bestimmt, dass ich mich selbst behandle. Ein Aspekt dieser inneren Einstellung ist der scheinbare eigene Kompetenzverlust in den Augen des Kollegen. Zudem hat die Selbstverschreibung von Medikamenten eine ökonomische Komponente: Unter der

Annahme, dass die durchgeführte Selbstbehandlung adäquat ist, können dadurch die Arztkosten für eine fremde ärztliche Behandlung gespart und die Ressourcen des Gesundheitswesens geschont werden. Auch persönliche Ressourcen des Arzt-Patienten, z. B. seine Zeit, müssen nicht für einen Arztbesuch eingesetzt werden und stehen dadurch anderweitig zur Verfügung. Das kann aus Sicht des einzelnen Arzt-Patienten sinnvoll und entlastend sein. Somit kann die Selbstverschreibung von Medikamenten auf der einen Seite eine schnelle, notwendige Behandlung fördern, auf der anderen Seite jedoch auch zu einer Verschleppung der Symptomatik führen, bis hin zu einer eventuellen Gefährdung des Arzt-Patienten. Das kann vom Arzt-Patienten selbst auch so empfunden werden. So äußert ein Befragter: *„und, habe dann auch ein schlechtes Gefühl gehabt dabei, [...] dass ich auch immer wieder dann zu Medikamenten gegriffen habe, [...] ohne der Sache auf den Grund zu gehen.“ (I08, A11)*

3.6.1. Auswertung der Subkategorie „Zugang zum Gesundheitssystem“

Die Auswertung der Subkategorie „Zugang zum Gesundheitssystem“ soll beispielhaft für eine in die Tiefe gehende Auswertung einzelner Bestandteile des Kategoriensystems stehen. Die ausgewählte Subkategorie ist dafür besonders geeignet, da sie kategorienübergreifend die förderlichen und hinderlichen Aspekte zusammenfasst, die in unserer Stichprobe ausschlaggebend für oder gegen die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems waren. Da Doppelcodierungen erlaubt waren, kann bspw. ein der Kategorie „Prägung“ zuzuordnendes Erlebnis in der Vergangenheit, das der Kategorie „Arzt-Patient“ zuzuordnende aktuelle Krankheitserleben oder eine ebenso unter der Kategorie „Einstellungen und Werte“ codierte innere Ansicht hier beschrieben werden, sofern sie den konkreten Zugang zum Gesundheitssystem beeinflussen.

Im Folgenden wird dargestellt, wie der Zugang von Arzt-Patienten zu Leistungserbringern des Gesundheitssystems, besonders aber zu ärztlicher Behandlung, konkret erfolgt. Dies gilt sowohl für den Erstzugang zum Gesundheitssystem, als auch für Folgekontakte.

Bezugnehmend auf die Definition dieser Subkategorie (s. Tabelle 4) wurden dabei folgende Aspekte betrachtet:

- Zu welchem Zeitpunkt erfolgte die Kontaktaufnahme im Krankheitsverlauf?
- Wer entscheidet, wohin der Arzt-Patient geht?
- Zu wem bzw. wohin geht der Arzt-Patient bzw. wird er geschickt?
- Wie erfolgt die Kontaktaufnahme?

3.6.1.1. Zu welchem Zeitpunkt erfolgte die Kontaktaufnahme im Krankheitsverlauf?

Zur besseren Verständlichkeit der nachfolgenden Ausführungen wird hier nochmal die Definition des in dieser Arbeit verwendeten Begriffes „Zeitpunkt“ aus der Subkategorien- definition zitiert: „Mit Zeitpunkt ist hier **kein** reiner Lagezeitpunkt, z. B. genaues Datum oder nach modaler Lagezeit, z. B. drei Tage nach Symptombeginn, gemeint, **sondern** ein nach reiner oder entfalteter Modalzeit zu beschreibender qualitativer Zustand, der letztlich zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems führte. (Einteilung der Zeit nach Schmitz in Stepath K. 2006. Gegenwartskonzepte: Eine philosophisch-literaturwissenschaftliche Analyse temporaler Strukturen. Würzburg: Königshausen & Neumann GmbH.).“ (Tab. 4).

Das Erreichen des ausschlaggebenden Punktes im Krankheitsverlauf, an dem das Gesundheitssystem und insbesondere ärztliche Behandlung in Anspruch genommen wird, ist das Ergebnis eines komplexen, zumeist unbewussten Entscheidungsprozesses. An diesem können viele verschiedene, sowohl hinderliche als auch förderliche Aspekte beteiligt sein. Entscheidend dafür, ob, wann und welche Form von Inanspruchnahme stattfindet, ist, welcher bzw. welche Faktoren bzw. Aspekte im jeweiligen Moment beim jeweiligen Arzt-Patienten überwiegen. Dies kann sich im Krankheitsverlauf auch ändern, indem z. B. eine Inanspruchnahme zuerst in dem Empfinden, dass es sich um eine selbstheilende Banalität handelt, abgelehnt wird. Wenn dann aber durch eine fehlende Besserung nach einigen Tagen doch die Sorge entsteht, dass es sich um etwas Schlimmeres, Behandlungsbedürftiges handeln könnte, kann dieses veränderte Erleben der Symptome durch den Arzt-Patienten z. B. zu dem Entschluss einer Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung führen. Je nachdem kann diese geplante Inanspruchnahme aber wiederum u. U. durch das innere Pflichtgefühl des Arzt-Patienten verzögert werden, der die vorgesehene Fortbildung am Wochenende vorher noch absolvieren möchte.

Der tatsächliche Zeitpunkt des Erstzugangs zu ärztlicher Behandlung ist sehr unterschiedlich (Tab. 6) und v. a. vom Erleben als Arzt-Patient, inneren Werten und Einstellungen, Ängsten sowie subjektiven Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit abhängig. Von essentieller Bedeutung für die Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung ist die Erwartung: „[...], dass mir ein anderer Arzt helfen kann“ (I5, A3-4). Erwartet sich der Arzt-Patient keine Hilfe oder Nutzen von einem Arztbesuch, ist dieser sinnlos und wird nicht stattfinden (s. Tabelle 14).

Manche Arzt-Patienten gehen zum Arzt, sobald sie Beschwerden haben, „wenn irgendwas nicht stimmt“ (I6, A182-190), schon „bei ersten Zipperlein“ (I6, A201-218). Andere gehen nur, „wenn es wirklich sein muss“ (I5, A265-271), also wenn der innere Leidensdruck ihre hohen

inneren Barrieren überwiegt. So wird z. B. bei akutem Zahnschmerz zuerst ein Schmerzmittel genommen und die nötige zahnärztliche Behandlung erst in Angriff genommen, wenn dies nicht wirkt. Ein Befragter drückte dies so aus: „*Ich gehe sehr spät woandershin*“ (I8, A104-105).

Tabelle 6: Kategorienbezogene Darstellung förderlicher Aspekte – Erstzugang bei Beschwerden

Kategorie	Der Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung förderliche Aspekte
Arzt-Patient	<p>- Erleben als Arzt-Patient:</p> <ul style="list-style-type: none"> • somatische oder psychische Beschwerden • abklärungsbedürftiger Befund ohne akute Beschwerden, z. B. suspekter Raumforderung oder Nävus • Ausbleibende Besserung der Beschwerden auf bisherige Selbstbehandlung oder bei abwartendem Verhalten • Problem, welches der Arzt-Patient nicht allein lösen kann • Gefühl, Erkenntnis, Einschätzung, fremde Hilfe zu brauchen: <ul style="list-style-type: none"> ○ z. B., wenn das Ende der eigenen diagnostischen oder therapeutischen Möglichkeiten erreicht ist • Unsicherheit, z. B. ob etwas Ernsthaftes vorliegt • der Arzt-Patient denkt, dass hier irgendetwas nicht stimmt • Ängste: <ul style="list-style-type: none"> ○ vor bestimmten Krankheiten, z. B. vor Krebs, HIV, einer komplizierten Fraktur, ... ○ Angst, dass die Beschwerden noch schlimmer werden <p>→ Abklärungsbedürfnis, Handlungsdrang</p> <p>- Wünsche und Erwartungen des Arzt-Patienten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Körperliche Untersuchung durch einen Arzt-Behandler • Ärztlicher Rat oder eine Empfehlung, was zu tun ist • Erwartung, „[...] dass mir ein anderer Arzt helfen kann“ (I5, A3-4) • Beurteilung des Schweregrades der Symptomatik durch einen Arzt-Behandler: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Einschätzung, ob geplante Reise oder sportliche Betätigung möglich sind ➤ Einschätzung, ob Behandlungsnotwendigkeit besteht, z. B. ob operiert werden muss <p>- Verhalten als Arzt-Patient:</p> <ul style="list-style-type: none"> • abruptes Absetzen eines langfristig eingenommenen Medikamentes durch den Arzt-Patienten führt zu Entzugserscheinungen
Medizinisches Fachwissen	<ul style="list-style-type: none"> - Wissen um gravierende Differentialdiagnosen - Symptomatik wird definitionsgemäß von der akuten zur chronischen - auffällige Befunde in der Eigendiagnostik

Gesundheits-system	- Annahme, dass eine ordentliche Beurteilung durch den Arzt-Behandler nur erfolgen kann, wenn einige Befunde bereits vorliegen → der Arzt-Patient arbeitet diese vor
Werte und Einstellungen	- Verantwortungsbewusstsein sich selbst bzw. seiner Familie gegenüber: <ul style="list-style-type: none"> Abklärung von Beschwerden vor geplantem Urlaub im Ausland, mit evtl. mangelhafter oder lückenhafter medizinischer Versorgung
Gesundheits-verhalten	- Unfall oder starke Überlastung bei sportlicher Tätigkeit → Beschwerden - vorsorgliche Blutentnahme nach Kontakt zu infiziertem Blut (Sekundärprävention)
Umfeld <i>Familien-angehörige, eigenes Personal, Angehörige nichtärztlicher Gesundheits-berufe, bekannte Ärzte</i>	- verwandte Ärzte entscheiden nach ihrer Konsultation über die z. T. dringende Notwendigkeit der Inanspruchnahme und veranlassen diese - Einschätzung des Angehörigen eines nichtärztlichen Gesundheitsberufes: „ <i>So geht es nicht weiter!</i> “ (I10, A30-34) → Entschluss des Arzt-Patienten sich um weitere Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung und Zweitmeinung zu kümmern - aufgrund eigener Sorge Ausüben von Druck auf den Arzt-Patienten, bestimmte Dinge abklären bzw. bestimmte Behandlungen durchführen zu lassen: <ul style="list-style-type: none"> „<i>Vorher ist mir das [...] [egal] gewesen. Aber die haben mich solange bekniert, bis ich mich dann eben bereit erklärt habe.</i>“ (I11, A225-228) - durch das Angesprochenwerden auf z. B. kosmetisch störende Veränderungen → Abklärungs- und Therapiebedürfnis des Arzt-Patienten - passive Erinnerungsfunktion: <ul style="list-style-type: none"> z. B. Gespräch mit anderen über deren Zahnprobleme erinnern den Arzt-Patienten daran, selber mal wieder zum Zahnarzt zu gehen seinen Arzt-Behandler im privaten Kontext treffen
Naturheilkunde und andere alternative Heilweisen	- für eine homöopathische Behandlung ist ein externer Behandler notwendig, da man diese schlecht an sich selbst durchführen kann
Sonstiges	- Sonderfall Erkrankung des eigenen Kindes → Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe in der Doppelrolle als Arzt und Elternteil - Sonderfall pensionierte Arzt-Patienten: sie kommen aus dem Fachlichen raus und haben ohne eigene Praxis wesentlich weniger Möglichkeiten der Selbstbehandlung → Beendigung der aktiven Praxistätigkeit als potentieller Grund, da man dann z. B. auf einen Hausarzt angewiesen sei

Legende: → = führt zu

In den Interviews wurde deutlich, dass v. a. Ängste der Auslöser für die Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung sind, bspw. wenn der Arzt-Patient bedrohliche Differentialdiagnosen wie z. B. Krebs oder das Vorliegen einer komplizierten Fraktur für sich ausschließen muss. Unsicherheiten oder der Gedanke, dass etwas nicht stimmt, sind, wenn man so will, Ausdruck von Sorge und damit leichtere Vorformen von Angst. In manchen Fällen beschleunigt die

Angst, dass starke Beschwerden, z. B. Schmerzen, noch schlimmer werden, den Zugang zu ärztlicher Versorgung.

Auch das medizinische Fachwissen des Arzt-Patienten kann an diesen Vorgängen beteiligt sein, indem durch dieses Wissen erst Sorgen und Ängste ausgelöst werden können, die ohne dieses Wissen gar nicht entstanden wären.

Zusammenfassend könnte man sagen, dass durch Beschwerden und/oder Ängste ein „Leidensdruck“ (II, A24-31), eine innere Not, eine „Beeinträchtigung [...] [der] Lebensqualität“ (I4, A245) entstehen. Manchmal ist ein gewisser Extrempunkt im Erleben als Arzt-Patient erreicht. Dadurch entsteht ein Handlungsdrang. Der Arzt-Patient wünscht sich eine Abklärung seiner Beschwerden, eine Diagnosestellung oder kompetente fachärztliche Hilfe bei einer Behandlung, die über die ihm zur Verfügung stehenden Möglichkeiten oder sein eigenes medizinisches Fachwissen hinausgeht. Ein befragter Hausarzt äußert: „Die Grenze der Selbstbehandlung ist das fachärztliche. Wo ein Fachgebiet ist, was ich nicht kann.“ (I2, A433-441) Ein anderer formuliert etwas allgemeiner: „Wenn ich an die Grenze dessen komme, was ich beurteilen kann.“ (I5, A248-264) Dazu zählt, wenn bestimmte, als notwendig erachtete Untersuchungen nicht selbst durchgeführt werden können (Tabelle 7).

Tabelle 7: Untersuchungen, die nicht selbst durchgeführt werden können

Untersuchungen, die nicht selbst durchgeführt werden können
<ul style="list-style-type: none"> • technisch-apparative Diagnostik: <ul style="list-style-type: none"> ○ z. B. Bildgebung (einschl. Endoskopie – Gastro-/Kolo-/Laryngoskopie u. a.), Funktionsdiagnostik (Belastungs-EKG, Echokardiografie, ...) • bestimmte Elemente der körperlichen Untersuchung: <ul style="list-style-type: none"> ○ z. B. in die Ohren oder den Hals schauen, mit dem Stethoskop abhören oder Nävus-zellnävi auf dem Rücken beurteilen • Untersuchungen, die mit viel Subjektivität zu tun haben, z. B. Ultraschall

Die Einschätzung, was man nicht mehr selber kann, ist dabei sehr unterschiedlich: Einige Befragte gaben an, sich gut selbst abhören zu können, andere bitten lieber jemanden um Hilfe. Ein Befragter wollte bei sich selbst keinen Ultraschall durchführen, weil er annahm, dass er bei sich selbst nicht in der Lage wäre, zwischen individuellen Schwankungen und Auffälligkeiten zu unterscheiden und sich bei jeder Kleinigkeit Sorgen machen würde. Andere führten diese Untersuchung ganz selbstverständlich an sich selbst durch.

Auch zu Selbstüberweisungen und v. a. -einweisungen gibt es verschiedene Ansichten. Während es für einige Ärzte selbstverständlich ist, diese mit dem eigenen Namen zu unterzeichnen, ist für andere dort ein Punkt erreicht, sich einen Arzt-Behandler zu suchen.

Ohne den beschriebenen Leidensdruck finden bestimmte Behandlungen nicht statt. So schoben mehrere Arzt-Patienten eine anstehende Operation so lange wie möglich vor sich her, z. T. Jahrzehnte. Dabei wurde deutlich, dass manche Arzt-Patienten erst alle konservativen Möglichkeiten voll ausschöpfen wollten, bevor sie einer chirurgischen Lösung zustimmten. Sie suchten z. B., als der normale Schulmediziner am Ende seiner Fähigkeiten war, einen naturheilkundlich tätigen Kollegen auf, mit der Frage: „*Gibt es noch etwas vor der Operation?*“ (I4, A13-25)

Seltener wird eine entsprechend starke psychische Belastung mit dem Wunsch nach therapeutischer Hilfe durch einen Hausarzt oder Psychotherapeuten genannt (Tab. 8).

Tabelle 8: Gründe für die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe

Kategorie	Der Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung förderliche Aspekte
Arzt-Patient	<p>- Erleben als Arzt-Patient:</p> <ul style="list-style-type: none"> • berufliche oder private Überlastungssituation, z. B. Patientenübernahmewellen nach Schließung einer Praxis in der Nachbarschaft oder Partnerschafts-probleme bzw. Trennung • psychische Erkrankung, evtl. verbunden mit Ängsten • Gefühl, vor einer inneren Entscheidungssituation zu stehen, z. B.: „<i>Und das war für mich damals die Entscheidung [...] entweder du wirst invalide, [...] oder du (.) änderst was und wirst wieder arbeitsfähig.</i>“ I2, A104 <p>- Wünsche und Erwartungen des Arzt-Patienten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zuhörer mit Ventilfunktion, sich mal so richtig aussprechen können • Aufarbeitung einer schwerwiegenden Krankheit
Arzt-Behandler	<p>- Verordnung von Psychotherapie, z. B. zum Erlernen von Entspannungstechniken</p>

Der Zeitpunkt der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe ist abhängig vom Grund und von der Zugänglichkeit. Eine aufarbeitende Psychotherapie kann bewusst, z. B. als Abschluss einer Krankheit vor dem Wiedereinstieg ins Berufsleben, stattfinden. Zudem wurde davon berichtet, sich zufällig bietende Gelegenheiten, z. B. das freiwillige Psychotherapieangebot während einer Rehabilitationsmaßnahme, genutzt zu haben.

Ein Arzt-Patient, der sich psychisch „*richtig schlecht*“ (I3, A187-209) fühlte, suchte verschiedene fachärztliche Arzt-Behandler wegen zusätzlich aufgetretener somatischer Probleme auf. Er erwartete, dass die Arzt-Behandler von sich aus den eigentlichen Grund der Konsultation, nämlich die seelische Verfassung des Arzt-Patienten, erkennen würden. Diese Erwartung erfüllte sich nicht.

In manchen Fällen entscheiden die Arzt-Patienten allein aufgrund ihres medizinischen Fachwissens, d. h. ohne körperlich wahrnehmbare Symptome, eine Behandlung zu beginnen (Tab. 9), so z. B. beim Bluthochdruck, den viele Arzt-Patienten nur aufgrund der Messwerte und zumeist selbst behandeln.

Für einen Arzt-Patienten war der Punkt, sich fremde ärztliche Hilfe zu holen, erreicht, als er vor der Frage stand, ein Medikament mit potentiellen Nebenwirkungen einzunehmen.

Tabelle 9: Kategorienbezogene Darstellung förderlicher Aspekte – Medikamenteneinnahme

Kategorie	Der Inanspruchnahme von Medikamenten förderliche Aspekte
Arzt-Patient	- Verhalten als Arzt-Patient: <ul style="list-style-type: none"> • medikamentöse Selbstbehandlung • Medikamentenmissbrauch
Gesundheits-system	- Verfügbarkeit: nicht vorrätige Arzneimittel können über die Apotheke besorgt werden
Werte und Einstellungen	- manche Arzt-Patienten behandeln sich immer zuerst selbst
Arzt-Behandler	- regelmäßige Hinweise des Arztes bei der Blutspende geben den Ausschlag, z. B. mit einer Selbstbehandlung der Hypertonie zu beginnen

Der Zugang erfolgt auch, wenn die Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems es vorgeben, z. B. wenn angestellte Ärzte arbeitsunfähig werden und die Notwendigkeit eintritt, dem Arbeitgeber eine entsprechende AU-Bescheinigung vorzuweisen. Dafür müssen sie, wenn es keine Sonderregeln im Betrieb gibt, einen ärztlichen Kollegen aufsuchen, der ihnen eine AU-Bescheinigung ausstellt. Selbstständige sind ihr eigener Chef, sie benötigen daher auch keine Krankschreibung. Dennoch können auch sie arbeitsunfähig werden (Tab. 10).

Tabelle 10: Der Inanspruchnahme förderliche und hinderliche Aspekte: Arbeitsunfähigkeit

Förderliche Aspekte	Hinderliche Aspekte
<ul style="list-style-type: none"> - Erleben als Arzt-Patient: <ul style="list-style-type: none"> • Fieber • weniger häufig: versagende Stimme, z. B. bei Erkältung • psychische Belastung, z. B. bei Mobbing - nach erfolgter Kündigung - Chef ordnet Arbeitsunfähigkeit an 	<ul style="list-style-type: none"> - hohes Arbeitsethos - ausgeprägte Leidenfähigkeit

Gehen Arzt-Patienten trotz Erkrankung weiter arbeiten, bleibt es nicht aus, dass ärztliche Kollegen die Einschränkung des Arztes bemerken. Dann versuchen einige die Rolle des Arzt-Behandlers gefragt oder ungefragt zu übernehmen.

Manche Ärzte haben ein so hohes Arbeitsethos, verbunden mit einer ausgeprägten Leidenfähigkeit, dass sie sich erst krankmelden, wenn der Chef ihre Arbeitsunfähigkeit feststellt und dies anordnet.

In einigen Sonderfällen entscheiden sich die Arzt-Patienten zur Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung, ohne vorherige Beschwerden bzw. Leidensdruck (Tab. 11).

Tabelle 11: Kategorienbezogene Darstellung förderlicher Aspekte – Erstzugang ohne Beschwerden

Kategorie	Der Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung förderliche Aspekte
Arzt-Patient	<ul style="list-style-type: none"> - Wünsche und Erwartungen des Arzt-Patienten: <ul style="list-style-type: none"> • Verhütungsmaßnahmen, z. B. Legen einer Spirale
Gesundheitsverhalten	<ul style="list-style-type: none"> - Vorsorgeuntersuchungen
Umfeld	<ul style="list-style-type: none"> - eigenes Personal soll oder will Blutentnahmen oder Impfungen am Arzt-Patienten nicht durchführen, z. B. hat Angst davor → Aufsuchen eines anderen Hausarztes

Darüber, welche Vorsorgen für sich persönlich als sinnvoll erachtet werden, existieren sehr unterschiedliche Meinungen: Von der Ablehnung jeglicher Vorsorge bis hin zur konsequenten Inanspruchnahme jeder empfohlenen Vorsorgeuntersuchung. Die meisten Ärzte scheinen sich jedoch nur für eine persönliche Auswahl bestimmter Vorsorgeuntersuchungen zu entscheiden. Besonders häufig werden die Gripeschutzimpfung, Reiseimpfungen und von den befragten Frauen die gynäkologische Vorsorge genannt. Auch im Bereich der Vorsorge handeln Hausärzte oft autonom. Einen anderen ärztlichen Kollegen benötigen manche Ärzte, wenn die gewünschte Vorsorge ein fremdes Fachgebiet betrifft. In einem Fall erbrachte der hausärztliche

Arzt-Patient in Absprache mit seinem Arzt-Behandler die gewünschte Vorsorgemaßnahme selbst, indem er sich von seinem eigenen Personal impfen ließ. Die Abrechnung der erbrachten Leistung, also die Inanspruchnahme der entsprechenden Ressource des Gesundheitssystems, erfolgte trotzdem allein durch seinen Arzt-Behandler, der dem Arzt-Patienten die gewünschte Impfdosis zuvor liefern ließ.

Ein Arzt-Patient verband eine Vorsorgeuntersuchung bei einem Arzt-Behandler damit, sich vorzustellen, um einen Anlaufpunkt zu haben, „*wenn mal irgendwas wäre*“ (II6, A331).

Auch die Zugänglichkeit entscheidet über den Zeitpunkt der Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung (s. 3.6.2.).

Ist einmal ein Zugang erfolgt, ergeben sich weitere Gründe und Termine z. B. für die Inanspruchnahme weiterführender ärztlicher Behandlung z. T. aus dem bisherigen Krankheitsverlauf (Tab. 12). Dadurch ergeben sich in manchen Fällen regelmäßige Kontakte.

Tabelle 12: Kategorienbezogene Darstellung förderlicher Aspekte – nach erfolgtem Erstzugang

Kategorie	Der Inanspruchnahme förderliche Aspekte
Arzt-Behandler	<ul style="list-style-type: none"> - Wiederbestellung zur Fortführung der Behandlung: z. B. beim Zahnarzt, zur Medikamenteneinstellung, regelmäßige Nachsorge- oder Kontrolluntersuchungen (ambulant oder stationär) - Zuschicken eines Befundes, der die Empfehlung oder das Angebot enthält, eine weiterführende Untersuchung durchzuführen - Weiterüberweisung oder Einweisung des Arzt-Patienten → geben damit den Anlass entsprechende Termine zu vereinbaren - persönliche Kontaktaufnahme vonseiten des Arzt-Behandlers zwecks Information über Auffälligkeit in Kontrolluntersuchung und Empfehlung weiterer Behandlung
Arzt-Patient	<p>- Erleben als Arzt-Patient:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medikamentennebenwirkungen → u. U. wiederholte Vorstellungen • Komplikationen → Notwendigkeit ärztlicher Behandlung • innere Abneigung gegen einen implantierten Fremdkörper → wieder loswerden wollen → Entfernung <p>Verhalten als Arzt-Patient:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nachfragen zusätzlicher Untersuchungen und Behandlungen während einer formellen Konsultation durch den Arzt-Patienten, z. B. Blutdruck messen oder Medikamentenverschreibung • Arzt-Patient nimmt Kontakt zum Arzt-Behandler auf, um sich seine Befunde kopieren zu lassen, weil er diese zusätzlich bei sich selbst aufbewahren will

Gesundheitsverhalten	<ul style="list-style-type: none"> - geplante, z. T. regelmäßige Inanspruchnahme im Rahmen von Vorsorgen oder Impfungen - auffälliger Befund bei Screening bzw. Vorsorge → ärztliche Behandlung - Sonderfall: verpflichtende berufliche Check-ups, z. B. regelmäßige Flugtauglichkeitsuntersuchungen
Umfeld	<ul style="list-style-type: none"> - drängt im Gespräch auf Kontrollbildgebung trotz langer Beschwerdefreiheit → Umsetzung durch Arzt-Patient - eigentlich unerwünschter Schweigepflichtsbruch des Arzt-Behandlers gegenüber einer Person des Umfeldes → Arzt-Patient erfährt darüber z. B. von einer Komplikation, welche der Arzt-Behandler ihm verschwiegen hätte → eröffnet dem Arzt-Patienten die Möglichkeit, ein Gespräch mit seinem Arzt-Behandler darüber einzufordern
Gesundheitssystem	<ul style="list-style-type: none"> - Rehabilitation nach stationärem Aufenthalt bei bestimmten Krankheitsbildern - evtl. weitere Rehabilitation bei protrahiertem Verlauf

Legende: → = führt zu

Entscheidend für die weitere Inanspruchnahme kann dabei u. a. die Arzt-Patienten-Beziehung sein. Bspw. wünschte sich ein Arzt-Patient eine Operation zur Behebung seiner Beschwerden: *„Aber nicht weil es mir so richtig furchtbar dreckig, schlimm, schlecht ging. Sondern weil das ganz einfach eine rationale Entscheidung war.“ (I4, A3)* An der Entstehung dieses Wunsches war sicher auch das medizinische Fachwissen beteiligt. Die Einweisung zur Operation erfolgte jedoch erst, als ein Konsens mit seinem Arzt-Behandler darüber erzielt war.

Eine besondere Situation stellen chronische Erkrankungen dar. Regelmäßig erforderliche Kontrolluntersuchungen, Medikamentenverordnungen und Überweisungen begründen für manche Arzt-Patienten die Notwendigkeit, einen eigenen Hausarzt aufzusuchen. Andere behalten die Kontroll- und Nachsorgeuntersuchungen sehr selbstbestimmt selber in der Hand: *„Wobei ich natürlich den Vorteil habe, dass man dann eben selber auch steuern kann, wann gehe ich wohin oder welche Bildgebung wird jetzt gebraucht?“ (I7, A4)* Hier spielt neben inneren Einstellungen des Arzt-Patienten auch das medizinische Fachwissen eine Rolle. Mögliche ausschlaggebende Gründe für eine Wiedervorstellung beim Arzt-Behandler seitens des Arzt-Patienten werden in Tabelle 13 genannt.

Im Rahmen von chronischen Erkrankungen wurde die Inanspruchnahme von Heilmitteln, z. B. Physiotherapie beschrieben. Zeitliche und personelle Unabhängigkeit können dabei entscheidend sein, da die Selbstständigkeit niedergelassener Hausärzte mit Zeitnot einhergehen kann (s. u.). Ein Befragter ließ sich in der Folge dieser Überlegungen für die Eigenanwendung einer speziellen Therapieform im Rahmen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme

ausbilden. Die empfohlene regelmäßige Überprüfung der Korrektheit der Durchführung bei geschulten Therapeuten entspricht einer weiteren Inanspruchnahme des Gesundheitssystems. Ein anderer nutzte seinen Urlaub bei Verwandten für eine physiotherapeutische Behandlung.

Tabelle 13: Kategorienbezogene Darstellung förderlicher Aspekte – chronische Erkrankungen

Kategorie	Der Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung förderliche Aspekte
Arzt-Patient	<ul style="list-style-type: none"> - Erleben als Arzt-Patient: <ul style="list-style-type: none"> • „hochbelastende Situationen“ (I3, A10) - Wünsche und Erwartungen des Arzt-Patienten: <ul style="list-style-type: none"> • Hoffnung auf wenigstens zeitweise Linderung der Beschwerden • Erwartung bestimmter Maßnahmen, z. B. Einrenken von Blockierungen der Wirbelsäule oder Verabreichung einer Schmerzspritze • Hoffnung auf einen Rat oder Tipp, den man noch nicht kennt • Hoffnung auf ursächliche, statt rein symptomatische Behandlung → Aufsuchen eines neuen Arzt-Behandlers, bei dem der Arzt-Patient noch nicht war
Gesundheitsverhalten	- vor geplanten Aktivitäten, z. B. vor sportlicher Betätigung, die ohne eine Linderung der Beschwerden schlecht bis unmöglich wäre
Umfeld	- Kennenlernen neuer Therapieformen durch einen Angehörigen mit derselben Erkrankung

Legende: → = führt zu

Im Folgenden sollen der Vollständigkeit halber auszugsweise einige Gründe dargestellt werden, weswegen die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens bei manchem Arzt-Patienten unterblieb (Tab. 14).

Innere Barrieren können einen Arzt-Patienten u. U. davon abhalten, einen ärztlichen Kollegen zu konsultieren, selbst wenn dieser leicht verfügbar wäre, z. B. in einer Gemeinschaftspraxis.

Manche Arzt-Patienten machen von ihrem Recht auf Nichtwissen Gebrauch. Das trifft auf Vorsorgeuntersuchungen zu, aber auch auf die Kontrolle von chronischen Krankheiten. War bei einer solchen in der Bildgebung einmalig alles in Ordnung, reicht das manchem Arzt-Patienten persönlich aus und er kontrolliert dies nicht wieder.

Tabelle 14: Kategorienbezogene Darstellung hinderlicher Aspekte der Inanspruchnahme

Kategorie	Der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems hinderliche Aspekte
Arzt-Patient	<ul style="list-style-type: none"> - Erleben als Arzt-Patient: <ul style="list-style-type: none"> • Symptomatik wird als nicht lebensbedrohlich oder banal empfunden • Symptomatik verschwindet von allein bzw. unter Selbsttherapie → keine Notwendigkeit der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe - Verhalten als Arzt-Patient: <ul style="list-style-type: none"> • Abwartendes Verhalten • Kein Abbruch des Urlaubs → erst anschließend Behandlung
Krankheit	<ul style="list-style-type: none"> - keine Wahrnehmung einer chronischen Krankheit als Einschränkung der Lebensqualität, der Befragte fühlt sich „super wohl“ (I13, A289) damit
Medizinisches Fachwissen <i>einschließlich Berufserfahrung</i>	<ul style="list-style-type: none"> - stärkt das Selbstvertrauen in Fragen der eigenen Gesundheit - z. T. erweitertes Fachwissen bezüglich der eigenen Krankheit vorhanden, z. B. durch den Erwerb einer Zusatzbezeichnung - kein Zusatznutzen vom Aufsuchen eines Arzt-Behandlers erwartet: <ul style="list-style-type: none"> ➤ z. B. wenn der Arzt-Patient meint, alle Behandlungsoptionen selber zu kennen und diejenigen, welche er nicht selber durchführen kann, von vornherein für sich ablehnt - erzeugt u. U. Ängste: <ul style="list-style-type: none"> ➤ z. B. vor Unannehmlichkeiten, Konsequenzen und Komplikationen von bestimmten medizinischen Untersuchungen - Mentalität des Abwartens: „aus der Allgemeinmedizin gewohnt [zu sein], mal abwarten, wie sich das entwickelt.“ (I15, A11-114)
Prägung	<ul style="list-style-type: none"> - Miterleben von Krankheitsverläufen eigener Patienten, z. B. einer „klassische[n] Karriere“ (I9, A85-86) eines Krebspatienten → Verstärkung von ablehnenden inneren Ansichten und Ängsten - Umgang der Eltern mit Krankheit in der Kindheit: es wurde kaum jemals ein Arzt konsultiert oder krank gemacht → der Arzt-Patient verhält sich heute genauso
Gesundheitssystem <i>Betrifft das deutsche Gesundheitssystem</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Umsetzung der für einen Vertragsarzt von der KV geforderten Notwendigkeit, im Krankheitsfall eine Vertretung zu organisieren scheitert → das Weiterarbeiten ist trotz Krankheit notwendig - Selbstständigkeit niedergelassener Hausärzte <ul style="list-style-type: none"> → Zeitnot und hoher innerer Druck, v. a. in einer Einzelpraxis - Absolvieren von Weiterbildungen in der Freizeit und am Wochenende <ul style="list-style-type: none"> → Verstärkung z. B. der Zeitnot → persönliche Priorisierung: erst die Weiterbildung, danach die Abklärung - gute medizinische Versorgung, v. a. zeitnahe Verfügbarkeit von Notfallhilfe bzw. Nähe zu einem Krankenhaus <ul style="list-style-type: none"> → gibt Arzt-Patienten Sicherheit, sodass er beschließt, vorerst abzuwarten
Arzt-Patienten-Beziehung	<ul style="list-style-type: none"> - Entstehung von Misstrauen, z. B. wenn der Arzt-Patient das Gefühl hat, dass der Arzt-Behandler nicht ehrlich mit ihm umgeht → Arzt-Patient geht dort nicht wieder hin, ggf. Arzt-Behandler-Wechsel

<p>Innere Werte und Einstellungen</p> <p><i>einschließlich innerer Barrieren</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - christlicher Glaube und Gebet als protektive, Resilienzstärkende Faktoren → keine Notwendigkeit der Inanspruchnahme - hoher Autonomieanspruch und Selbstvertrauen → umfassende Selbstbehandlung, oft kein Aufsuchen ärztlicher Kollegen - hohes Arbeitsethos → Arbeit wird vor eigener Gesundheit priorisiert, will möglichst nicht auf Arbeit ausfallen - hoher Wert der körperlichen Unversehrtheit → Ablehnung von jeglichen invasiven Maßnahmen, Blutentnahmen sind davon u. U. ausgeschlossen - hohe Leidensfähigkeit → langes Aushalten der Beschwerden - Hoffnung auf Selbstheilung – ggf. verbunden mit einer weltanschaulichen Komponente, z. B. eine Krankheit wird erst durch die Beschäftigung damit existent - Schwierigkeiten beim Rollenwechsel zum Patienten - Schwierigkeiten, das nötige Vertrauen zum Kollegen aufzubringen - das Bestreben, niemandem zur Last fallen zu wollen - nicht zum Arzt gehen wollen - die medizinkulturell bedingte Annahme, als Arzt immer alles wissen zu müssen und Angst, von den ärztlichen Kollegen im Konsultationsfall examiniert zu werden (in der Realität völlig unbegründet) - Sorge, dass sich Beschwerden im Konsultationsfall als banal herausstellen
Umfeld	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitskollegen erkennen Behandlungsnotwendigkeit nicht → keine Veranlassung von Maßnahmen - ärztliche Kollegen, mit denen sich der Arzt-Patient privat bzw. informell unterhält, raten von bestimmten Behandlungsoptionen ab → Bestärkung in der Ablehnung der Inanspruchnahme formeller ärztlicher Behandlung - Überbrückung kurzfristiger körperlicher Einschränkungen des Arzt-Patienten durch ein intaktes Umfeld → keine fremde Hilfe nötig - Stärkung der Resilienz durch ein gutes soziales Umfeld, in dem der Arzt-Patient sich unterstützt und getragen fühlt - Personen des Umfeldes sind selber schwer erkrankt → der Arzt-Patient hat das Gefühl, selber stark bleiben und durchhalten zu müssen, die eigene Gesundheit steht nicht im Vordergrund
Gesundheitsverhalten	<ul style="list-style-type: none"> - in den eigenen Augen gesund leben, z. B. Sport machen und seltenes Krankwerden → befördert ein sich als gesund Wahrnehmen (Kategorie „Werte und Einstellungen“ – Subkategorie „Selbstbild“) → sieht u. U. die Notwendigkeit z. B. von Vorsorgeuntersuchungen nicht - Ablehnung von Vorsorgen aufgrund innerer Einstellungen (Verbindung zur Kategorie: „Werte und Einstellungen“), z. B. hält sie für sinnlos
Sonstiges	<ul style="list-style-type: none"> - Auslandsreise: Aufsuchen eines Arzt-Behandlers erst nach der Rückkehr nach Deutschland; Hinderungsgründe im Ausland waren: <ul style="list-style-type: none"> • andere Kultur (u. a. Rolle der Frau in muslimischen Ländern) • qualitativ und hygienisch schlechtere Bedingungen • Sprachbarrieren

Legende: → = führt zu

3.6.1.2. Wer entscheidet, wohin der Arzt-Patient geht?

Während der Arzt-Patient fast ausnahmslos selbst über die Aspekte des Erstzugangs zum Gesundheitssystem bzw. zu ärztlicher Behandlung in einem bestimmten Krankheitsfall entscheidet (Tab. 15), entscheiden über die weitere Behandlung oft die Arzt-Behandler (Tab. 16). Dies trifft besonders auf komplexe Behandlungen anderer Fachgebiete z. B. mit Operationsnotwendigkeit zu. Einer der befragten Arzt-Patienten würde es sogar als überheblich empfinden, in diesem Fall die Behandlung nicht an den Arzt-Behandler abzugeben, da es ja ein fremdes Fachgebiet sei. Leichtere eigene Erkrankungen, wie z. B. Bluthochdruck, behandeln sie u. U. jedoch weiter in Eigenregie.

Tabelle 15: Aspekte, die in der Regel der Arzt-Patient selbst entscheidet.

Arzt-Patient:
<u>Aspekte des (Erst-)Zugangs:</u> <ul style="list-style-type: none">- Zeitpunkt der Kontaktaufnahme im Krankheitsverlauf- ob und welcher Leistungserbringer des Gesundheitssystems kontaktiert oder aufsucht wird- Art des Zugangsweges bzw. der Kontaktaufnahme- wenn der Arzt-Patient keinen Arzt-Behandler aufsucht: ob und welche Selbstdiagnostik und Selbsttherapie er durchführt
<u>Erwartungen vonseiten des Arzt-Patienten:</u> <ul style="list-style-type: none">- z. T. hat er klare Vorstellungen, welche Diagnostik oder ähnliches er benötigt- ob er die vom Arzt-Behandler empfohlene Therapie umsetzt, z. B. verschriebene Tabletten wirklich einnimmt
<u>Aspekte des Folgezugangs:</u> <ul style="list-style-type: none">- In einigen Fällen liegt die Initiative, sich um einen Wiedervorstellungstermin oder eine Weiterbehandlung zu kümmern, beim Arzt-Patienten. Der Arzt-Patient kann diese freiwillig übernehmen, indem er eine sofortige Folgeterminvereinbarung während eines Praxisbesuchs explizit ablehnt.- ob und wann ein Arzt-Behandler-Wechsel oder Therapieabbruch oder eine vorzeitige Entlassung des Arzt-Patienten auf eigenen Wunsch angezeigt ist

Bei Arzt-Patienten, die gleichzeitig Soldaten der Bundeswehr sind, ist der Zugang zum Gesundheitswesen gemäß der Heilfürsorge speziell geregelt. Es gibt zugeordnete Truppen-, Flieger- und Schiffsärzte, sowie bundeswehreigene Krankenhäuser. Eine freie Arztwahl besteht nicht.

In einem Fall konsultierte der Arzt-Patient nur einen Arzt-Behandler, wenn er dazu gezwungen wurde. Zwingende Gründe, die dem Arzt-Patienten keine Wahl lassen, können sein: Anordnung des Chefarztes, vorgeschriebene betriebliche Untersuchungen, Tauglichkeitsuntersuchungen

bei der Bundeswehr z. B. zur Erlangung der Wehrfliegerverwendungsfähigkeit, Anordnungen gemäß der Vorgesetztenverordnung (VorgV) der Bundeswehr z. B. Gebrauchmachen von der speziellen Befehlsbefugnis durch einen Truppenarzt der Bundeswehr gegenüber einem Arzt-Patienten, der Mitglied der Bundeswehr ist.

Tabelle 16: Aspekte, die in der Regel der Arzt-Behandler entscheidet.

Arzt-Behandler:
<ul style="list-style-type: none"> - entscheiden, ob und wann sie den Arzt-Patienten behandeln: z. B. durch eine Terminvergabe oder die Schnelligkeit des Aufrufens aus dem Wartezimmer - sie bestimmen die Bedingungen der Behandlung, z. B. können sie: <ul style="list-style-type: none"> • bei einer informellen Anfrage eine persönliche Vorstellung des Arzt-Patienten in der eigenen Praxis einfordern • v. a. im informellen Kontext: die Durchführung von diagnostischen Maßnahmen, z. B. Bildgebung, vor dem Beginn der eigentlichen Behandlung einfordern und die Verantwortung dafür beim Arzt-Patienten belassen - entscheiden über die Notwendigkeit einer Krankschreibung des Arzt-Patienten - im Ausnahmefall informiert der Arzt-Behandler den Arbeitgeber des Arzt-Patienten über dessen Ausfall - entscheiden, z. T. mit dem Arzt-Patienten gemeinsam, welche diagnostischen Maßnahmen bzw. Behandlung angezeigt sind - empfehlen oder indizieren und verordnen Medikamente und Therapien und führen diese z. T. selber durch - überweisen den Arzt-Patienten weiter und weisen ihn bei Bedarf ein: <ul style="list-style-type: none"> • in Einzelfällen rufen Arzt-Behandler dabei den ärztlichen Kollegen, an den sie den Arzt-Patienten überweisen möchten, direkt an und organisieren ggf. eine sofortige Vorstellung - entscheiden, wann eine Wiedervorstellung oder erneute bzw. weitere diagnostische oder therapeutische Maßnahmen angezeigt sind

In manchen Fällen arbeiten mehrere Fachdisziplinen, d. h. mehrere Arzt-Behandler, partnerschaftlich zusammen, z. B. ein chirurgisches Fach mit der Anästhesie oder Radiologie. Sind mehrere Fachdisziplinen beteiligt, gibt es meist trotzdem einen hauptverantwortlichen Arzt-Behandler, der die wichtigen Entscheidungen trifft und diese dem Arzt-Patienten kommuniziert. Dabei kann die Meinung einer zuarbeitenden Fachdisziplin, z. B. des Radiologen, ausschlaggebend für die Entscheidung des hauptverantwortlichen Arzt-Behandlers, z. B. des Operators, sein. Die ärztlichen Kollegen, die für die Bildgebung verantwortlich sind, führen teilweise aber auch eigene Auswertungsgespräche mit dem Arzt-Patienten.

Begibt sich der Arzt-Patient in eine ärztliche Behandlung, entsteht eine Arzt-Patienten-Beziehung. Viele Dinge bezüglich der Inanspruchnahme entscheidet dann nicht mehr nur der Arzt-Patient bzw. der Arzt-Behandler allein. Es sind gemeinsame Entscheidungen, an denen

beide – Arzt-Patient und Arzt-Behandler – einen, wenn auch oft unterschiedlich großen, Anteil haben.

Die Beeinflussung des Arzt-Patienten durch Arzt-Behandler ist unterschiedlich stark und z. T. beim gleichen Arzt-Patienten von Arzt-Behandler zu Arzt-Behandler verschieden: von der Empfehlung, die alle Freiheit der Umsetzung beim Arzt-Patienten lässt, z. B. bei informellen Konsultationen, über eine formelle Behandlung mit empfehlendem Charakter bis hin zu festlegenden Anordnungen. Manchmal versuchen Arzt-Patienten letztere mit dem Arzt-Behandler zu verhandeln. Ist der Arzt-Patient von der medizinischen Notwendigkeit der Anordnungen des Arzt-Behandlers überzeugt, bleibt aber wenig Spielraum.

Es ist zu vermuten, dass Arzt-Behandler, je nach dem Auftreten des jeweiligen Arzt-Patienten ihnen gegenüber, auch unterschiedlich mit ihnen umgehen. Ein Befragter war der Meinung, dass ängstlich-abhängige Patienten, auch Arzt-Patienten, eine feste Bindung bräuchten. Andererseits ließ er selbstbewusst auftretenden Arzt-Patienten alle Freiheit. Diese kämen z. B. mit den Worten: *„Ich brauche NUR eine Krankschreibung. Da sagt mir das Wort nur ja schon: Mehr brauche ich nicht. Der Rest ist geregelt.“* (I3, A52-74). Herauszufinden wie man mit den verschiedenen Arzt-Patienten umgehe, brauche Einfühlsamkeit, Fingerspitzengefühl und Erfahrung.

Dabei gibt es auch Arzt-Behandler, welche Eigenverantwortung und Eigenbehandlung vom Arzt-Patienten einfordern, indem sie einem entsprechenden Behandlungsauftrag des Arzt-Patienten nur sehr ungern nachkommen: *„Wieso soll ich Ihnen Tabletten aufschreiben? Sie haben doch selber Tabletten in Ihrer Praxis. [...] Haben Sie nicht selber genug Patienten!“* (I2, A334-352).

Im Gegensatz dazu kann der Arzt-Behandler versuchen, seine Routine auch gegen die Meinung des Arzt-Patienten abzuarbeiten und z. B. vom Arzt-Patienten bereits durchgeführte Untersuchungen erneut veranlassen, wenn ihm die Ergebnisse nicht vorliegen. Die Ansicht, dass leichter Fehler passieren, sobald man die Routine verlässt, kann diesem Verhalten förderlich sein. Durch das Arztsein des Arzt-Patienten und die damit verbundene Kompetenz, kann es dazu kommen, dass der Arzt-Behandler seine Routine verlässt: *„[D]as ist die Sorge, dass Fehler entstehen, unter der Annahme er weiß das ja sowieso. Und dass dann, [...] bestimmte Dinge nicht besprochen werden und er es vielleicht auch nicht sagt, die ich sonst immer bespreche. Also sage ich, ich mache es möglichst/ (.) Ich laufe am sichersten, [...] wenn ich es ganz bewusst so wie IMMER mache.“* (I2, A277-281) Dabei gibt es Arzt-Behandler, die sich schriftlich vom Arzt-Patienten bestätigen lassen und es dokumentieren, wenn der Arzt-Patient im Arzt-Patienten-Verhältnis während einer formellen Konsultation von seinem Recht auf

Selbstbestimmung Gebrauch macht und z. B. bestimmte Untersuchungen ablehnt. Hier können eigene Erfahrungen, innere Einstellungen des Arzt-Behandlers und die Angst, etwas zu übersehen, eine Rolle spielen.

Die Freiheit, ob eine vom Arzt-Behandler empfohlene Behandlung tatsächlich umgesetzt wird, besteht, außer der Arzt-Patient ist nicht mehr einsichts- bzw. urteilsfähig, immer. Einige Arzt-Patienten treffen diese Entscheidung sehr bewusst, während andere die Empfehlungen des Arzt-Behandlers nicht hinterfragen. Auch der nachlässige Umgang einzelner Arzt-Patienten mit sich selbst kann dazu führen, dass vom Arzt-Behandler empfohlene Weiterbehandlungen ausbleiben. Hinter dieser Nachlässigkeit kann u. a. eine innere Einstellung stehen, die dem Beruf und damit der Versorgung der eigenen Patienten eine höhere Priorität beimisst, als der eigenen Gesundheit.

Einige Befragte vermitteln im Interview den Eindruck, sehr selbstbestimmt zu sein, oder berichteten aus der Sicht des Arzt-Behandlers von Arzt-Patienten, die sie als sehr autonom erlebten. Ein Befragter hatte diesen Eindruck v. a. bei seinen stationär tätigen Kollegen, die ihn als Hausarzt aufsuchten. Das Bewahren der Autonomie und damit auch der Entscheidungshoheit, auch im Rahmen einer Arzt-Patienten-Beziehung, kann sich unterschiedlich äußern (Tab. 17). In jedem Fall treffen diese selbstbestimmten Arzt-Patienten ihre Entscheidungen bezüglich ihrer Gesundheit sehr bewusst.

Tabelle 17: Beispiele, wie sich selbstbestimmtes Handeln eines A-P im Rahmen einer A-P-B zeigt

Beispiele für selbstbestimmtes Handeln eines Arzt-Patienten im Rahmen einer A-P-B
<ul style="list-style-type: none"> - hat bereits selber diagnostische Maßnahmen veranlasst oder eine Therapie begonnen, bevor er einen Arzt-Behandler aufsucht - entscheidet selbst, wann er welche Diagnostik benötigt - hinwegsetzen über Leitlinienvorgaben und Empfehlungen ärztlicher Kollegen - Aufforderung des Arzt-Behandlers zur wiederholten Durchführung einer nebenwirkungsbelasteten, invasiven Maßnahme; wobei der Arzt-Patient annimmt, dass der Arzt-Behandler die wiederholte Durchführung bei einem Laienpatienten abgelehnt hätte (Sonderstatus: ärztlicher Kollege) - hat sämtliche Nachsorge- und Kontrolluntersuchungen selber in der Hand

Legende: A-P = Arzt-Patient, A-P-B = Arzt-Patienten-Beziehung

Ist ein Arzt-Patient in einer Gemeinschaftspraxis oder in einem MVZ angestellt, kann er dies zum interkollegialen Austausch mit seinen Arbeitskollegen über Fragen der eigenen Gesundheit nutzen. So kann er sich rückversichern oder die Dauer der Krankschreibung wird im gegenseitigen Konsens festgelegt.

Eine Sondersituation stellt die feste Partnerschaft bzw. das Verheiratetsein eines Arzt-Patienten mit einem anderen Arzt dar. Hier kann es zu einer regelmäßigen Beeinflussung des Arzt-Patienten in Gesundheitsfragen kommen. Das medizinische Fachwissen und innere Einstellungen des Partners können dazu führen, dass dieser in Sorge oder Angst um den Arzt-Patienten gerät. In der Folge kann er versuchen, den Arzt-Patienten zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu drängen, die der Arzt-Patient von sich aus nicht in Erwägung gezogen hätte. Dies kann bis hin zur Ausübung eines permanenten Drucks auf den Arzt-Patienten gehen. Das kann auf der einen Seite positiv sein, auf der anderen Seite aber auch zu Überdiagnostik führen. Der Druck bzw. Einfluss des Umfelds auf den Arzt-Patienten kann dadurch wesentlich höher sein, sodass es schwerer ist, in Fragen der eigenen Gesundheit selbstbestimmt zu handeln.

Eine weitere Sondersituation ist die Doppelrolle von Arzt-Behandler und Mutter oder Vater des Arzt-Patienten. Hier kann es zu einer Situation kommen, in der der erwachsene Arzt-Patient, der ebenfalls eine Doppelrolle innehat, seine Eltern für sich, wie für ein Kind, entscheiden lässt.

In einigen Settings, z. B. in einer Notaufnahme, entscheiden auch nichtärztliche Mitarbeiter Dinge, erteilen den Arzt-Patienten Weisungen bzw. führen Maßnahmen, z. B. Blutentnahmen durch. In einem Fall entschieden die angefragten nichtärztlichen Mitarbeiter einer Einrichtung eigenmächtig, den üblichen Zugangsweg abzukürzen. Der Arzt-Patient erhielt dadurch, mutmaßlich durch seinen Status als Arzt, die von ihm gewünschte Bildgebung, ohne dass ein Arzt-Behandler vorher eine Indikation dazu gestellt hatte. Erst als die Bilder vorlagen, erfolgte ein Auswertungsgespräch mit einem Arzt-Behandler.

Das eigene Personal des Arzt-Patienten kann in bestimmten Situationen ebenfalls über seinen Chef bestimmen. So drängte es in einem Fall zu abklärenden bzw. therapeutischen Maßnahmen, bis sich der Arzt-Patient dazu bereit erklärte. In einem Fall ordnete die eigene Arzthelferin das Schreiben eines EKGs an, als es dem Arzt-Patienten akut schlecht ging. Dieser widersetzte sich nicht. In einem dritten Fall verlangten die eigenen Arzthelferinnen die sofortige notfallmäßige Vorstellung des Arzt-Patienten bei einem Fachkollegen im Haus.

3.6.1.3. Zu wem bzw. wohin geht der Arzt-Patient bzw. wird er geschickt?

Diese Frage wurde von zwei Seiten betrachtet:

- A) Zu wem im Sinne der Art des Leistungserbringers, z. B. zum Hausarzt oder gleich zum Facharzt, geht der Arzt-Patient?
- B) Zu wem im Sinne von Nähe zum Kollegen geht er, d. h. sind der Arzt-Patient und der Leistungserbringer miteinander bekannt, befreundet, verwandt oder gänzlich unbekannt?

Zu A): Zu wem im Sinne der Art des Leistungserbringers geht der Arzt-Patient?

Wenn ein hausärztlicher Arzt-Patient ein gesundheitliches Problem hat, geht er in der Regel zuerst zum „Spezialisten“ (II, A27). In den meisten Fällen geht er zu dem ambulant tätigen Facharzt, der ihm dazu passend erscheint. In einem Fall wurde ein naturheilkundlich tätiger Privatarzt aufgesucht. Oft wurde zusätzlich der Zahnarzt genannt.

In einigen Fällen konsultierten die Arzt-Patienten mehrere Arzt-Behandler des gleichen Fachgebiets im Krankheitsverlauf.

Mehrfach wurde bei chronischen Leiden Hilfe bei einem ganzheitlich-naturheilkundlich bzw. alternativmedizinisch praktizierendem ambulanten Arzt-Behandler gesucht. Dabei waren bestimmte Spezialisierungen des Arzt-Behandlers ausschlaggebend.

Gleiches gilt für die Inanspruchnahme im Rahmen von Gesundheitsverhalten, z. B. Vorsorgeuntersuchungen. Auch dabei suchten die Befragten meist gleich einen ambulanten Facharzt auf, ohne sich von einem (haus-)ärztlichen Kollegen überweisen zu lassen.

In einigen Fällen wurde eine ambulante Psychotherapie bei einem ambulanten Psychotherapeuten gewünscht und z. T. tatsächlich in Anspruch genommen. In zwei Fällen wurde eine psychologische Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung während einer Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt.

Fast alle interviewten Hausärzte äußerten, dass sie nicht wüssten, wozu sie einen anderen Hausarzt aufsuchen sollten: „Das hat für mich keinen Sinn.“ (I5, A217-228). Der Hausarzt wird meist v. a. als Lotse durch das Gesundheitssystem gesehen, der die Befunde an einer zentralen Stelle sammelt und sortiert, wo welcher Patient hingehört. Diese Rolle übernehmen die meisten Befragten selbst. Dazu kommt die Annahme, über sich selbst am besten Bescheid zu wissen bzw. selbst zu wissen, welche Fachrichtung für die Beschwerden die richtige ist. Hinzu kommt die Annahme, sich diagnostisch und therapeutisch genauso gut auszukennen, wie der

hausärztliche Kollege. Diese innere Einstellung kann auch ein Grund dafür sein, dass überhaupt kein ärztlicher Kollege im eigenen Krankheitsfall aufgesucht wird.

Stationär tätige Kollegen scheinen häufiger hausärztliche Behandlung in Anspruch zu nehmen, als ihre hausärztlichen Kollegen. So berichteten die Befragten, dass sie während ihrer Klinik­tätigkeit bewusst Hausärzte in bestimmten Fragen aufgesucht hätten. Zudem berichteten einige hausärztliche Befragte, dass sie als Arzt-Behandler von stationär-tätigen Kollegen fungieren. Gründe, die im Interview von den Befragten als ausschlaggebend für das Aufsuchen eines Hausarztes angegeben worden, sind in Tabelle 18 dargestellt (Tab. 18).

Tabelle 18: Kategorienbezogene Darstellung von förderlichen Aspekten – Konsultation Hausarzt

Kategorie	Förderliche Aspekte der Inanspruchnahme hausärztlicher Behandlung
Arzt-Patient	<ul style="list-style-type: none"> - Wünsche und Erwartungen des Arzt-Patienten <ul style="list-style-type: none"> • Überweisung benötigt • Ansprechpartner, Zuhörer mit Ventilfunktion benötigt • den Kollegen mal persönlich kennenlernen wollen
Gesundheits-system	<ul style="list-style-type: none"> - Benötigung eines Krankenscheins als Angestellter bei Arbeitsunfähigkeit, v. a. während der stationären Tätigkeit
Arzt-Behandler	<ul style="list-style-type: none"> - Nachsorge nach Krebserkrankung: Kontrolluntersuchungen, Überweisungen, notwendige Medikamentenverordnungen
Gesundheits-verhalten	<ul style="list-style-type: none"> - Impfungen benötigt - reisemedizinische Beratung - Vorsorgeuntersuchung gewünscht

Auch Kliniken wurden als erste Anlaufstelle genannt (Tab. 19).

Tabelle 19: Beispiele für Inanspruchnahmen, bei denen sich der A-P an stationär-tätige A-B wendete

Beispiele für in Anspruch genommene Leistungen im Krankenhaus
<ul style="list-style-type: none"> - Krankschreibung durch Belegarzt (möglich durch gleichzeitige ambulante Tätigkeit) - Durchführung einer vermutlich dem ambulanten Versorgungsbereich zuzuordnenden Behandlung bei stationär tätigen Kollegen: <ul style="list-style-type: none"> • abklärende Vorstellung bei bekanntem oder verwandtem Kliniker • regelmäßige Konsultationen von Arbeitskollegen, Durchführung entsprechender Untersuchungen durch die Arzt-Behandler im eigenen Krankenhaus - Einholen einer Zweitmeinung, z. B. nach erfolgloser Behandlung durch ambulanten Facharzt - stationäre Aufnahme und Behandlung - Rehabilitation: ohne vorhergehende stationäre Behandlung oder als Anschlussrehabilitation - ambulante Durchführung einer Spezialbehandlung, die über die Kompetenzen der niedergelassenen Fachärzte hinausgeht: z. B. wegen einer „Spezialmedikation“ (I2, A168)

Legende: A-B = Arzt-Behandler, A-P = Arzt-Patient

V. a. stationär tätige Ärzte wandten sich im eigenen Erkrankungsfall zuerst an Arbeitskollegen im eigenen Haus. Dabei konsultierten die befragten Arzt-Patienten bevorzugt Ober- und Chefärzte. Diese scheinen ärztliche Patienten generell im Sinne einer kollegialen Medizinkultur bevorzugt selbst zu behandeln. Oft übernahmen die Chefärzte, die als Arzt-Behandler eine stationäre Behandlung durchführten, auch die klinische Nachsorge.

Ein Arzt-Patient suchte sich bewusst eine Spezialklinik aus, die eine ganz bestimmte Behandlungsform seiner Krankheit anbot. In zwei Fällen war der von ambulant aus konsultierte stationäre Arzt-Behandler Spezialist für die Erkrankung des Arzt-Patienten.

Einen stationär-tätigen Spezialisten jedoch nur deswegen aufzusuchen, weil er bekannt bzw. verwandt ist, kann zu dem Sonderfall führen, dass ein Pädriater mit Schwerpunktkompetenz einen erwachsenen Arzt-Patienten behandelt.

Bestimmte Leistungen können wahlweise ambulant oder stationär erbracht werden (Tab. 20).

Tabelle 20: Berichtete Inanspruchnahme im ambulanten und stationären Bereich

	Ambulant	Stationär
Operationen	- ambulante OP beim ambulanten Chirurgen	- in der Regel stationär
Bildgebung (einschl. Befundung)	- je nach Fall ambulant oder stationär - elektives ambulantes Röntgen in der Notfallambulanz - teilweise wurden von z. B. Radiologen auch Auswertungsgespräche geführt	
Gastroskopie, Koloskopie	- beim niedergelassenen Gastroenterologen - ambulante Behandlung im Krankenhaus	
Reha	- je nach Fall ambulant oder stationär	
Nachsorge- untersuchungen	- beim Hausarzt - bei stationär tätigen Kollegen (z.B. beim Operateur): Kontrolluntersuchungen und ärztliches Gespräch - Anbindung an Klinik wegen „Spezialmedikation“ (I2, A168)	

Legende: OP = Operation

Informelle Gespräche können im Berufsalltag mit Arbeitskollegen stattfinden, wenn der Arzt-Patient trotz Erkrankung weiter arbeiten geht und mit seinen Kollegen darüber spricht bzw. diese seine Einschränkung bemerken. Wenn diese, gefragt oder ungefragt, anfangen, Ratschläge zu erteilen und „rumzudoktern“ (I9), sind die Grenzen zum Arzt-Behandler

fließend. Dies trifft auch auf den selbstgewählten, informellen Austausch im privaten Rahmen mit ärztlichen Kollegen, z. B. beim Hausärztestammtisch, zu.

Ist der Arzt-Patient Bundeswehrmitglied, hat er keine freie Arztwahl, sondern muss sich vom Truppen-, Schiffs- oder Fliegerarzt bzw. in bundeswehreigenen medizinischen Einrichtungen vorstellen und behandeln lassen. Der Truppenarzt wurde von einem Befragten: „*Hausarzt für die Soldaten*“ (19), genannt.

Auch im Rahmen von Betriebsuntersuchungen von Angestellten besteht keine freie Arztwahl.

Oft genug behandeln sich Arzt-Patienten selbst. Das Aufsuchen eines Arzt-Behandlers unterbleibt dadurch, da sie selber dessen Funktion übernehmen. So verschreiben sich Arzt-Patienten u. a. rezeptpflichtige Arzneimittel oder greifen auf Muster zurück, die in ihrer eigenen Praxis vorrätig sind. Auch Selbstdiagnostik in Form von Laborwerten, Langzeitblutdruckmessung und EKG bis hin zur selbstständigen Veranlassung verschiedener Bildgebung ist ein übliches Verhalten. Impfungen werden häufig vom eigenen Personal verabreicht, im Ausnahmefall impfen sich Ärzte selbst. Dieses Verhalten betrifft ambulant tätige Kollegen genauso wie stationär tätige Kollegen, die sich z. T. am Medikamentenschrank auf Station bedienen oder Untersuchungen für sich selbst im eigenen Haus veranlassen können.

Dieses Verhalten ist durch die Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitswesens legal und in vielen Fällen zugangserleichternd, sowie wahrscheinlich auch ökonomisch sinnvoll.

In der Apotheke können Arzt-Patienten, wie jeder andere auch, für sich selbst rezeptfreie und rezeptpflichtige Arzneimittel mit Rezept kaufen, bestellen und abholen. Zusätzlich bietet der Arztausweis die Möglichkeit, in der Apotheke auch rezeptpflichtige Substanzen für den Eigenbedarf ohne Rezept ausgehändigt zu bekommen. Dass es diese Möglichkeit gibt, wurde von den befragten Ärzten zwar erwähnt, jedoch beschrieb niemand aus der Stichprobe einen konkreten Einsatz seines Arztausweises.

Heilmittel, z. B. Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie, wurden von einigen Arzt-Patienten bei entsprechenden Therapeuten in Anspruch genommen.

Einige Ärzte bzw. Arzt-Patienten gehen oder gingen Blutspenden. Während des Spendeablaufs erfolgt auch eine Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, indem dort z. B. Laborwerte erhoben werden und ein ärztliches Gespräch stattfindet.

Zu B): Zu wem im Sinne von Nähe zum Kollegen geht der Arzt-Patient?

Meistens gehen Ärzte zu bekannten, z. T. sogar befreundeten oder verwandten Kollegen. Immer wieder wird dabei das gut gewachsene berufliche Netz von Kollegen aus unterschiedlichen Fachrichtungen betont, welches generell zum fachlichen Austausch, z. B. über eigene Patienten, aber auch die eigene Gesundheit betreffend genutzt würde. Ein Befragter sagt z. B.: „*Man kennt mittlerweile seine Leute und weiß wohin und wann man, wie, wo schnell drankommt*“ (I3, A458-467). Dieses berufliche Netzwerk gibt es im ambulanten Bereich, wie auch in anderer Form in der Klinik. Denn auch wer dort arbeitet, nutzt „*seine Verbindungen*“ (I2, A7-9). Oft arbeitet der Arzt-Patient mit dem konsultierten Facharzt im Berufsalltag zusammen, z. B. bei der Betreuung gemeinsamer Patienten. In einigen Fällen behandeln sich der Arzt-Patient und sein Arzt-Behandler gegenseitig. Oder der Kollege ist bereits aus dem Studium, der Ausbildung oder aus der Berufslaufbahn, einschließlich Promotionszeiten, bekannt. Wenn ein gutes Verhältnis zu einem früheren Arbeitgeber bzw. Chefarzt besteht, entscheiden sich manche Arzt-Patienten dafür, diesen als Arzt-Behandler zu konsultieren. Manche Kollegen kennt man von Ärztestammtischen u. Ä.

Manchmal haben diese Beziehungen freundschaftlichen Charakter. Einige bestehen schon seit Kindertagen. Manchmal verbringen der Arzt-Patient und sein Arzt-Behandler auch privat Zeit miteinander.

Allein die Tatsache, Ärzte zu kennen, die man im eigenen Erkrankungsfall potentiell konsultieren könnte, vermittelte vielen Befragten ein Gefühl von Sicherheit.

Für die Inanspruchnahme von Vorteilen, die sich durch eine kollegiale Medizinkultur ergeben, ist es jedoch entscheidend, dass nicht nur der Arzt-Patient den von ihm gewählten Arzt-Behandler kennt, sondern auch der Arzt-Behandler bzw. sein Personal müssen den Arzt-Patienten kennen bzw. wiedererkennen.

Ist eine Wiedervorstellung notwendig, erfolgt diese in der Regel beim zuerst konsultierten Kollegen bzw. bei dem Arzt-Behandler, der den Arzt-Patienten schon beim letzten Mal behandelt hat. Dies u. U. auch nach zehn Jahren und z. T. auch wenn der Arzt-Behandler und der Arzt-Patient unterschiedliche Meinungen zur Behandlung haben. Mehrere Befragte empfanden es als positiv, wenn sich die Behandlung, z. B. von der Diagnosestellung bis zur Nachsorgeuntersuchung, in einer Hand befand.

Wird ein Arzt-Behandler immer wieder aufgesucht, z. B. im Rahmen jährlich stattfindender Vorsorgeuntersuchungen, entstehen manchmal tiefe, z. T. langjährige, bewährte, fast freundschaftliche Arzt-Patienten-Beziehungen. Man kennt sich und versteht sich gut.

Die Symbiose mit ärztlichen Kollegen in einer Gemeinschaftspraxis bzw. MVZ kann so groß sein, dass immer zuerst diese um Rat gefragt werden, bevor sich der Arzt-Patient Hilfe bei einem fremden Arzt-Behandler sucht.

Es gibt eine große Variationsbreite von: ist noch nie zu einem unbekannten Kollegen gegangen, über die Notwendigkeit zu unbekannten Kollegen zu gehen, da in diesem Fachgebiet niemand bekannt ist, bis zum bewussten Aufsuchen unbekannter Kollegen.

Viele Befragte wollen ihren Arzt-Behandler lieber vorher kennen. Zumindest solange man sich versteht, sei es angenehmer, sein Gegenüber zu kennen, befand ein Befragter. Bekannte Kollegen werden dann bevorzugt aufgesucht: *„Und da gehe ich natürlich zu dem und nicht zu irgendjemandem.“* (I11, A119-126). Den Arzt-Behandler zu kennen, wird oft mit Vertrauen assoziiert. Jemand zu kennen bedeutet, seine Vertrauenswürdigkeit einschätzen zu können. So äußert ein Befragter: *„[Da] sucht man sich jemand, wo man auch Vertrauen hat.“* (I2, A433-441) *„[Z]u jemandem zu gehen, den man kennt [sei] [...] leichter“* (I7, A69-72), d. h. es ist der Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung förderlich. Z. B. wählte ein Arzt-Patient, der einen Hausarzt benötigte, den Hausarzt eines nahestehenden Verwandten, weil er diesen bereits kannte. In einigen Fällen wird erkennbar, dass Vertrauen die grundlegende Zugangsvoraussetzung darstellt: *„Da muss wirklich ein Riesenvertrauen da sein“* (I8, A57-66) bzw. *„echt ein Vertrauensverhältnis“* (I8, A57-66) zu einer „Vertrauensperson“ (I8, A71-72) bestehen. Oder: *„Vertrauen ist das Entscheidende, v. a. wenn es um nicht ganz wenig geht.“* (I10, A63). Daran wird deutlich, dass Vertrauen ein nicht zu unterschätzender Aspekt ist.

Bestehen Ressentiments oder sogar eine Antipathie, würde sich der Arzt-Patient nicht von dem betreffenden Kollegen behandeln lassen, solange er es sich aussuchen kann.

Einem unbekannten Kollegen wird u. U. ein gewisses Misstrauen entgegengebracht: *„Wenn ich jemand nicht kenne, bin ich vorsichtig.“* (I11, A119-126). Diese Einstellung wird z. B. durch die innere Ansicht gestützt: *„In zunehmend vielen Fällen steht bei Kollegen das monetäre Interesse im Vordergrund. [Sie schwatzen Sachen auf,] nur weil es damit Geld zu verdienen gibt.“* (I11, A34-38 und A119-126). Ist Misstrauen gegenüber unbekannten Kollegen vorhanden, entspricht dies einer Barriere. Für Arzt-Patienten mit diesem inneren Misstrauen stellt die Vorstellung, dass sie im Rentenalter ggf. nicht mehr auf ein Netzwerk bekannter, praktizierender Ärzte zugreifen können, ein echtes Problem dar: *„Dass ich wenn ich wirklich was habe, ich niemanden habe, zu dem ich Vertrauen haben kann. Primär. Also ich muss zu jemandem gehen, den ich nicht kenne. Wo ich nicht einschätzen kann, was der will oder was dessen Beweggründe sind.“* (I11, A34-38).

Wenn es notwendig sei oder im Notfall, betonten aber einige Befragte, würden sie sich auch von unbekannten Kollegen behandeln lassen. Notfall bezieht sich auf einen Notzustand, in dem der Kollege nicht mehr selbst entscheidungsfähig ist bzw. keine Zeit mehr hat, sich z. B. sein Zielkrankenhaus selber auszusuchen. Andere Befragte äußerten explizit, dass sie auch gegenüber fremden Fachärzten Vertrauen haben.

Andere entscheiden von Fall zu Fall, ob sie zu einem Kollegen gehen, den sie kennen oder eben gerade nicht: „*Entweder man geht bewusst zu jemandem, den man kennt oder man geht GERADE nicht hin.*“ (I14, A207-219). Ein Befragter würde z. B. aus Rücksichtnahme bei potentiell die Arzt-Patienten-Beziehung belastenden Krankheiten, z. B. einem chronischen Schmerzsyndrom, lieber einen Arzt-Behandler wählen, den er nicht täglich sieht.

Bewusst zu einem unbekannten Kollegen gehen Arzt-Patienten z. B. bei als sehr intim empfundener Symptomatik oder mit der Einstellung, seinen Bekannten nicht in einem kränklichen Zustand begegnen zu wollen. Dafür nehmen die Arzt-Patienten auch längere Wege auf sich, um sich nicht am Wohnort behandeln lassen zu müssen. Je länger man als Hausarzt tätig sei, desto schwieriger werde es jedoch, jemanden zu finden, der einen nicht kenne. Dies wird z. B. durch berufspolitische Aktivitäten verstärkt, die dazu führen, „*dass viele zumindest schon mal den Namen gehört haben*“ (I6, A157-159).

Ist kein passender Arzt-Behandler bekannt, verließen sich einige Arzt-Patienten auf die Empfehlungen von ärztlichen Kollegen. Eine besondere Rolle kann dabei den Empfehlungen eines bereits aktiven Arzt-Behandlers zukommen. Bspw. folgte ein Arzt-Patient, der sich bereits in hausärztlicher Betreuung befand, der Empfehlung seiner Hausärztin. Wichtig war dabei z. T. die übereinstimmende Meinung mehrerer Ärzte. So erzählte ein Befragter, sich generell auf Station bei Kollegen und Schwestern umgehört zu haben, wer gut und empfehlenswert sei. Auch ein gemeinsames Überlegen, welcher Arzt-Behandler infrage kommen könnte, wurde beschrieben. In einem Fall übernahm ein Arzt-Behandler, der seinen Arzt-Patienten einweisen wollte und von diesem danach gefragt wurde, die Suche nach einem guten Operateur. Dafür holte er telefonisch Empfehlungen von mehreren ärztlichen Kollegen ein, die er an den Arzt-Patienten weiterreichte.

Hier tritt das Vertrauen zu dem ärztlichen Kollegen, der einen Arzt-Behandler empfiehlt, an die Stelle der eigenen Kenntnis. In einem Fall wurde der Empfehlung eines nichtärztlichen Berufs, in diesem Fall des Physiotherapeuten des eigenen Kindes, gefolgt. Daran sieht man, dass das Vertrauen zu der empfehlenden Person, gleich wer sie ist, das Entscheidende ist.

Ebenso kann vonseiten des Arzt-Behandlers während der Behandlung eine besondere, von Kollegialität und Vertrauen geprägte Atmosphäre geschaffen werden. So berichtet ein Arzt-Patient, dass er von seinem Arzt-Behandler formelle Behandlungen kostenlos erhielt. Dieser habe „etwas Väterliches“ (I2, A204-212). So entstehen z. T. ganz besondere Arzt-Patienten-Beziehungen.

Die obigen Ausführungen begründen z. T. besondere Ansprüche an den Arzt-Behandler, wodurch manche Arzt-Patienten diese bewusst und sehr sorgfältig aussuchen. Ein Befragter äußert: „Ich muss mir den schon bewusst aussuchen.“ (I8, A94-99). Ein anderer fragt sich: „Wer ist der Richtige für mich? Wo gehe ich jetzt da hin?“ (I7, A45-48 und A146-151) Die Antwort lautet: „[Dort] wo man sich [...] Hilfe erhofft, erwartet.“ (II6, A180-183) Dabei spielen v. a. die Art wie die Arzt-Behandler mit bestimmten Krankheiten umgehen, welche durch z. B. Berichte der eigenen Patienten, eigenes Erleben in der Berufslaufbahn, bei Fortbildungsveranstaltungen usw. bekannt ist, sowie die angenommene fachliche Kompetenz, Vertrauen und Diskretion bzw. Umgang mit Schweigepflicht eine große Rolle. Vertrauen in die Fähigkeit des Arzt-Behandlers, dem Arzt-Patienten helfen zu können, kommt z. B. in folgenden, von einem Befragten gewählten Formulierungen zum Ausdruck: „von [...] [der] Leistung [...] [des Arzt-Behandlers in seinem Fachgebiet] überzeugt sein“ (II2, A122), „[meinen], dass er der Aufgabe gewachsen ist“ (II2, A92) oder „[wissen], dass er das gut macht“ (II2, A39). Weitere wichtige Faktoren sind ein freundlicher Umgang, Zuverlässigkeit und die Erwartung oder das Wissen mancher Arzt-Patienten, dass der Arzt-Behandler „sich kümmert“ (I7, A110-118). Also der Arzt-Patient will, trotzdem er z. B. Kollege oder sogar Freund ist, als Patient wahr- und ernstgenommen werden. Er erwartet vom Arzt-Behandler, dass dieser zwischen den verschiedenen Ebenen unterscheiden kann und eine ordentliche Behandlung durchführt. Auch Spezialisierungen der Arzt-Behandler können entscheidend sein. Zum einen im Sinne von Zusatzbezeichnungen u. Ä., zum anderen im Sinne von praktischer Erfahrung, z. B. wenn ein Arzt-Behandler: „jahrzehntelang nur solche Sachen gemacht hat“ (I6, A166-169) oder „so der Praktiker“ (II6, A39-48) ist. Auch die Praxisgröße scheint die Wahl des Arzt-Patienten beeinflussen zu können. Bspw. scheint eine „große fachärztliche Praxis“ (II0, A52) bei manchen Arzt-Patienten ebenfalls für Erfahrung zu stehen.

Gerade wenn es um die persönliche Ebene, um psychosomatische Inhalte geht, haben Arzt-Patienten zusätzlich besondere Ansprüche an ihren Arzt-Behandler: Ein Befragter suchte jemand Unbeteiligten, der gut zuhören kann, ein adäquates Gegenüber auf gleicher Wellenlänge, wo die Chemie stimmt und wo eine bestimmte Ebene der Unterhaltung garantiert

ist. Ein Grund in diesem Fall, jemand Bekannten aufzusuchen, war, dass ein gewisses Wissen darüber wie der andere ist und was der andere macht, schon da ist und man sich weniger erklären muss.

Besondere emotionale Wichtigkeit kann mit der Antwort auf die Frage: „An wen soll ich mich wenden?“, verbunden sein, wenn es zu einer Operationsnotwendigkeit kommt. Das Vertrauen, welches aufzubringen ist, wenn man sich in die Hände eines chirurgisch-tätigen Kollegen begibt, ist ungleich höher, als bei anderen Dingen, z. B. einem reinen ärztlichen Beratungsgespräch. Ist dieses Vertrauen vorhanden, kann es dem Arzt-Patienten u. U. die beruhigende innerliche Sicherheit geben: *„Es geht alles gut“* (II3, A167-184). Was ein Arzt-Patient braucht, um dieses Vertrauen aufbringen zu können, ist unterschiedlich. Während mancher Arzt-Patient hier noch sorgfältiger bis ins Detail schaut und handwerkliches Geschick sowie die Art und Weise des Operators zu operieren am besten persönlich kennen will, lautet die Antwort eines anderen Befragten schlicht: *„Jemand der das kann.“* (II0, A63-69). Dabei würden mehrere Befragte auch weiter fahren, wenn sie dort einen guten Operateur finden. Denn: *„Die Entfernung ändert doch nichts. Es kommt nur darauf an, dass du einen guten Operateur hast.“* (III, A111-118). Von jemandem operiert zu werden, den man persönlich kennt, kann vertrauensbildend und regelrecht erleichternd für den Arzt-Patienten sein.

Bei der Auswahl eines geeigneten Krankenhauses kommt es zusätzlich auf weitere Aspekte an, z. B. ob es ein großes oder ein kleines Haus ist, was mit dem Maß an Persönlichkeit und Individualität der dort geleisteten Behandlung gleichgesetzt wird. Aus diesem Grund würden einige der befragten Arzt-Patienten immer das kleinere Haus bevorzugen. Steht eine Operation an, kann es für den Arzt-Patienten wiederum wichtig sein, sich in einer Einrichtung operieren zu lassen, die diese Operation regelmäßig durchführt. Je höher die Anzahl der durchgeführten Eingriffe pro Jahr ist, desto höher die erwartete Routine und Qualität. Dies ist in einer großen Klinik eher gegeben, als bei einem ambulanten Arzt mit niedriger Operationsfrequenz.

Nicht zu unterschätzen ist der Einfluss des „guten Rufs“, der hauptsächlich über eigenes Erleben oder das Erleben von eigenen Patienten, Angehörigen, Personal oder sonstigen Personen im Umfeld des Arzt-Patienten geprägt wird. So werden manche ärztliche Kollegen, z. B. durch die berufliche Zusammenarbeit, sehr geschätzt, was der Inanspruchnahme förderlich ist, auch wenn sie dem Arzt-Patienten bisher nicht persönlich bekannt sind. Andererseits führen der „schlechte Ruf“ oder schlechte Erfahrungen dazu, dass manche Arzt-Patienten lieber weiter entfernt liegende Einrichtungen aufsuchen, als eine Behandlung bestimmter Arzt-Behandler in ihrer Nähe in Anspruch zu nehmen. Dies trifft auch auf Krankenhäuser zu: *„Und da würde ich*

[aufgrund der schlechten Erfahrung meines Angehörigen] dann von vornherein sagen: ‚Also wenn es sich vermeiden lässt, würde ich in Kleinstadt Z. nicht ins Krankenhaus.‘ Und komischerweise transferiert man das auf ALLE Abteilungen, ja. Aber ich würde dann halt wirklich lieber nach Kleinstadt W. gehen, wo man insgesamt auch über die Patienten gute Erfahrungen gemacht hat.“ (I13, A110)

Zudem spielen Zugänglichkeit und Verfügbarkeit eine Rolle (s. 3.6.2. Inanspruchnahme – Zugänglichkeit).

Die Befragten, die in einer Gemeinschaftspraxis oder in einem MVZ tätig waren, ließen sich, bis auf zwei Ausnahmen, regelmäßig oder wenigstens sporadisch von ihren hausärztlichen Arbeitskollegen beraten, untersuchen und behandeln. Dabei ist das Vertrauensverhältnis meist zu einem der Kollegen besonders ausgeprägt. Auch Weiterbildungsassistenten und Studierende im PJ können diese Rolle übernehmen. Während das Alter des Arzt-Behandlers bei dem einen Arzt-Patienten eine Rolle spielt, indem er es komisch finden würde sich von Dienstjüngeren, unerfahrenen ärztlichen Kollegen untersuchen und behandeln zu lassen, spielt dies bei einem anderen Arzt-Patienten keine Rolle. Er fragt auch zwanzig Jahre jüngere Kollegen oder hört auf PJ-Studenten.

In einem Fall beschrieb der Befragte frühere informelle Konsultationen bei einem verwandten Hausarzt.

Eine besondere Situation ist, wie oben schon erwähnt, die feste Partnerschaft oder Ehe mit einem anderen Arzt bzw. Hausarzt. Beim Austausch über eigene Gesundheitsfragen nahm der Partner im Interviewbeispiel eine Doppelrolle ein: die Rolle des Ehepartners und die eines Arzt-Behandlers. Dies kann Vorteile haben: wahrscheinlich kennt niemand den Arzt-Patienten besser, v. a. in einer langjährigen Partnerschaft. Zudem ist immer ein vertrauter, kompetenter Ansprechpartner in Gesundheitsfragen verfügbar. Es kann aber auch Nachteile bedeuten. Da der objektive Abstand nicht gegeben ist, kann schnell Emotionalität an den Empfehlungen beteiligt sein.

Medizinische Leistungen, wie z. B. Blutabnahmen, können auch von Angehörigen nichtärztlicher Gesundheitsberufe vorgenommen werden. Hausärzte verfügen in der Regel über eigenes Personal, zu dem häufig ein besonderes Vertrauensverhältnis zu bestehen scheint. In Einzelfällen war der Ehepartner in der eigenen Praxis angestellt.

3.6.1.4. Wie erfolgt die Kontaktaufnahme?

In der Auswertung zeigte sich, dass die Art der Kontaktaufnahme bzw. die Wahl des Zugangsweges von der gesundheitlichen Fragestellung und vom erwarteten Nutzen abhängig ist. Damit kann sie beim gleichen Arzt-Patienten von Fall zu Fall variieren. Hat der Arzt-Patient nur eine kurze Frage, reicht ihm vielleicht ein telefonisches Gespräch oder sonstige informelle Konsultation seines ärztlichen Fachkollegen aus. Bei einer anderen Symptomatik ist er hingegen der Meinung, eine persönliche Vorstellung sei erforderlich, damit der Arzt-Behandler überhaupt eine sachgerechte Aussage treffen kann bzw. dass entsprechende Diagnostik, einschließlich körperlicher Untersuchung, durchgeführt werden sollte.

Auch die Zugänglichkeit und Verfügbarkeit (s. auch Kapitel 3.6.2. Inanspruchnahme – Zugänglichkeit) entscheidet über den Zugangsweg, den ein Arzt-Patient jeweils wählt. Zur Verdeutlichung sollen einige Beispiele angeführt werden: So kann bspw. ein stationär tätiger Kollege seine Krankenhauskollegen direkt ansprechen, einen ambulanten Kollegen jedoch telefonisch um einen Termin zur Vorstellung bitten. Gleiches gilt für das Ansprechen eines ärztlichen Mitarbeiters z. B. in einer Gemeinschaftspraxis und die Kontaktaufnahme mit Fachkollegen, die außer Haus praktizieren. Ein Interviewpartner berichtete, dass er schon mehrfach die sich ihm bietende Gelegenheit auf Weiterbildungen genutzt habe, im Rahmen des interkollegialen Austauschs einen Facharzt in Fragen der eigenen Gesundheit persönlich anzusprechen. Im Normalfall erfolgt seine Kontaktaufnahme mit dem gewünschten Arzt-Behandler jedoch nach telefonischer Anmeldung beim ärztlichen Kollegen am Arbeitsort.

Dabei kann die Kontaktaufnahme sowohl vonseiten des Arzt-Patienten, als auch auf Initiative des Arzt-Behandlers oder einer Person des Umfeldes hin erfolgen. Sie kann durch äußere Rahmenbedingungen vorgegeben sein, z. B. bei einer betriebsärztlichen Untersuchung. Oder weitere Kontakte ergeben sich aus einer bereits laufenden ambulanten oder stationären Behandlung bzw. aus einer Vorsorgeuntersuchung. Einen systematischen Überblick über die von den Teilnehmern angegebenen Zugangswege gibt Tabelle 21.

Tabelle 21: Kategorienbezogene Darstellung der Zugangswege - Formen der Kontaktaufnahme

	Zugangswege - Formen der Kontaktaufnahme
Arzt-Patient	<ul style="list-style-type: none"> - Telefonisch: <ul style="list-style-type: none"> • persönliche Terminabsprache mit dem Personal des A-B → dieses entscheidet per Terminvergabe über die Dauer der Wartezeit • persönlicher, direkter Anruf beim ärztlichen Kollegen (A-B) bzw. A-B wird vom A-P persönlich verlangt - persönliche Vorstellung am Arbeitsort des A-B, einschl. „mündliche Selbsteinweisung“ am Schalter der Notaufnahme - direktes Ansprechen von Arbeitskollegen im Arbeitsalltag, auf Fortbildungen o. Ä. - im Krankenhauskontext: <ul style="list-style-type: none"> • selbstständige Anmeldung gewünschter Untersuchungen für sich selbst im eigenen Haus • als stationär aufgenommener Patient: Betätigung der Klingel, z. B. mit der Bitte um ein Schmerzmittel oder ein ärztliches Gespräch
Arzt-Behandler	<ul style="list-style-type: none"> - der telefonisch vom A-P kontaktierte A-B fordert eine umgehende Vorstellung des A-P in seiner Sprechstunde ein - Mitgabe eines Folgetermins → persönliche Wiedervorstellung des A-P in der Praxis - Zusendung eines Arztbriefes an den A-P oder seinen weiterbehandelnden A-B → gibt u. U. Anlass zur Weiterbehandlung - telefonische Ankündigung des A-P, z. B. bei Einweisung - Kontaktaufnahme zur weiterbehandelnden Einrichtung, z. B. einer Rehabilitationsklinik bei geplanter Anschlussrehabilitation und Organisation der Weiterbehandlung einschl. Terminierung - direkte, persönliche telefonische Kontaktaufnahme zum A-P vonseiten des A-B
Arzt-Patienten-Beziehung	<ul style="list-style-type: none"> - Folgeterminvereinbarung im beiderseitigen Konsens, z. B. bei Vorsorgeuntersuchungen mit regelmäßig empfohlenem Turnus - mit dem A-P vereinbarte, wiederholte Telefonate vonseiten des A-B
Gesundheits-system	<ul style="list-style-type: none"> - ärztlicher Kontakt im Rahmen der Blutspende - im Krankenhauskontext bei stationärer Behandlung: regelmäßige A-B-Kontakte, z. B. im Rahmen der Visiten, sind in den Krankenhausablauf integriert - bei elektiver OP: nach Terminvereinbarung folgt persönliche Vorstellung zur OP-Vorbereitung (operierende Fachrichtung und Anästhesie), erst danach OP - Konsultation des Betriebsarztes im Rahmen von vorgeschriebenen Betriebsuntersuchungen, bei der Bundeswehr des Truppen- oder Fliegerarztes - Wunsch-Reha ohne vorhergehende stationäre Behandlung: A-P kümmert sich in Eigeninitiative um die Empfehlung eines Facharztes, als Voraussetzung für die Genehmigung der Behandlung durch seine Krankenkasse → anschließend Wunschtermin in der gewünschten Klinik - Zusatzangebote, z. B. freiwillige Psychotherapie während einer Reha: Anmeldung erfolgt z. B. in der Klinik vor Ort → A-P bekommt Termin
Gesundheits-verhalten	<ul style="list-style-type: none"> - persönliche Vorstellung zwecks Vorsorgeuntersuchung als Anlass zur Inanspruchnahme darüberhinausgehender ärztlicher Behandlung, ggf. mit zusätzlichen Behandlungsterminen und Überweisung oder Einweisung

Umfeld	<ul style="list-style-type: none"> - telefonische Ankündigung des A-P, z. B. bei Fahrt in die Notaufnahme und Fahrt mit dem Privat-Pkw in die Klinik - Vereinbarung eines Therapietermins für ein Heilmittel für den A-P - unerwünschte Kontaktaufnahme vonseiten ärztlicher Kollegen, die nicht A-B im eigentlichen Sinne waren und als Besuch unangemeldet an das Krankenhausbett des A-P traten - Angehöriger, der sich selbst gerade in einer Einrichtung des Gesundheitssystems behandeln lässt, fragt für den A-P nach, ob dieser sich dort auch behandeln lassen könne → Einrichtung bejaht dies, Zugang des A-P erfolgt
Sonstiges	- Sonderfall Begleitung eines eigenen Kindes zum Kinderarzt oder ins Krankenhaus: die Vorstellung in der Kinderklinik erfolgte dabei ohne vorherige Anmeldung → eine Vorzugsbehandlung wurde nicht berichtet
Prägung	<ul style="list-style-type: none"> - Hinweis: Zugangswege verändern sich durch: <ul style="list-style-type: none"> • veränderte Strukturen im Gesundheitswesen, z. B. zu DDR-Zeiten im Vergleich zu heute (früher: bspw. Röntgengeräte nicht überall verfügbar → Weiterüberweisungen an Stelle mit Röntgengerät häufiger nötig) • sich wandelndes medizinisches Fachwissen, z. B. früher Röntgen als Screeninguntersuchung (zufällige Entdeckung von Erkrankungen → Überweisung an A-B)

Legende: → = führt zu, A-B = Arzt-Behandler, A-P = Arzt-Patient, OP = Operation

Arzt-Patienten vereinbaren in der Regel ihre Termine selbst. Meist wird zuerst telefonisch Kontakt mit dem gewünschten Leistungserbringer des Gesundheitssystems aufgenommen. Dabei geht es entweder um eine telefonische Terminabsprache zwecks Vorstellung z. B. in einer fachärztlichen Praxis oder um eine informelle Beratung. Das direkte Anrufen des ärztlichen Kollegen kommt v. a. bei einem kollegialen oder sogar freundschaftlichen Verhältnis vor.

Ein Arzt war der Meinung, dass die Vereinbarung von Terminen nicht zu den Aufgaben des Arztberufes gehört und übertrug es seiner Arztschwester, für ihn benötigte Termine zu vereinbaren. Diesem Verhalten liegt die Einstellung zugrunde: *„Ich weiß, es gibt Ärzte, die machen Ihre Termine auch selber. Wo kommen wir hin, wenn wir die Termine selber machen? Also auch wenn meine Patienten fragen, ob ich da nicht anrufen kann. Da sage ich immer: ‚Ich bin hier nur der Arzt. Ich steche hier nicht den Garten um, ich putze hier nicht die Fenster. Ich bin nur der Arzt. Ja.‘ Und die Terminierung, das möchten bitte die Leute am Tresen vorne machen. Das ist sonst einfach vertütelte Arbeitszeit.“* (I7, A53-55). Diese Einstellung ist neben einer ausgeprägten Delegationsfähigkeit auch von einer Offenheit in gesundheitlichen Dingen gegenüber dem eigenen Personal geprägt, die nicht von allen Arzt-Patienten in allen Situationen geteilt wird.

Nach der erfolgreichen telefonischen Kontaktaufnahme erfolgt in den meisten Fällen die persönliche Vorstellung am Arbeitsort, z. B. in der Praxis des Arzt-Behandlers.

Manche Arzt-Patienten brauchen mehrere Anläufe, bis sie einen Termin wahrnehmen und eine persönliche Vorstellung z. B. in der Praxis erfolgt. Das Nichtwahrnehmen eines vereinbarten Termins erfolgte aus unterschiedlichen Gründen, z. B. aufgrund eines hohen Arbeitsethos, bei dem die Versorgung der eigenen Patienten über die eigene Gesundheit gestellt wird, oder bei Ängsten, z. B. bei unangenehmen Zahnarztbehandlungen. Der Arzt-Patient vereinbart dann meist telefonisch einen neuen Termin.

Eine besondere Form der Kontaktaufnahme im eigenen Krankheitsfall kann das telefonische Abmelden angestellter Ärzte bei sich auf Arbeit darstellen. Diese erfolgt z. T. auch sonntags per Mobiltelefon. Reicht dem Arbeitgeber die telefonische Abmeldung aus, ist der Arzt-Patient nicht gezwungen sich in ärztliche Behandlung zu begeben. Ein angestellter Arzt-Patient führte in diesem Fall Selbstdiagnostik aus der Hausbesuchstasche durch und schickte den Nasen-Rachen-Abstrich in die eigene Praxis. Über diese erhielt er dann auch das Ergebnis. So war die Diagnose im EDV-System der Praxis hinterlegt, die Behandlung behielt der Arzt-Patient aber selber in der Hand.

Seltener gehen Arzt-Patienten ohne vorherige Anmeldung direkt z. B. in die Praxis oder in das Krankenhaus, in dem der gewünschte ärztliche Kollege arbeitet (Tab. 22).

Tabelle 22: Gründe für direktes Vorbeigehen beim Arzt-Behandler ohne vorherige Anmeldung

Gründe für direktes Vorbeigehen beim Arzt-Behandler ohne vorherige Anmeldung
<ul style="list-style-type: none"> - empfundene Dringlichkeit: Akut- oder Notfall - erwarteter Nutzen: direktes Abklären einer Sache, verbunden mit der Ansicht: „Wenn es Konsequenzen hat, kann er es wenigstens gleich mit behandeln.“ (I10, A115) - Zeitersparnis - räumliche Nähe, z. B. wenn sich die Praxis mit im Haus befindet - Terminvergabe am Tresen gewünscht - Krankschreibung benötigt

Kurze Zugangswege haben Ärzte, die mit Kollegen zusammenarbeiten, z. B. in Gemeinschaftspraxen, MVZs oder im stationären Setting. Der ärztliche Arbeitskollege kann einfach angesprochen oder über die Haustelefonanlage angerufen und z. B. um eine Untersuchung gebeten werden. Wenn der konsultierte Kollege Zeit hat, erfolgt die Behandlung sofort oder es wird ein Termin vereinbart, z. B. „nach der Sprechstunde, wenn die Patienten raus sind“ (I7, A161-165). Im stationären Alltag ist die „Terminvergabe“ flexibler, da es keine Sprechstunde gibt. Ein Befragter ging hin, „wenn die Zeit hatten“ (I11, A204).

In einem Fall wurde deutlich, dass ein bloßes „in der Gegenwart von Ärzten sein“, z. B. beim Arbeiten in einer Gemeinschaftspraxis, keine Garantie für eine Behandlung im Akutfall ist. Denn die ärztlichen Kollegen müssen zum einen die Behandlungsnotwendigkeit erkennen, zum anderen muss der Arzt-Patient einen wie auch immer gearteten Behandlungsauftrag erteilen. D. h. der Arzt-Behandler muss sich in dieser Rolle angesprochen fühlen. Sonst unterbleibt auch im Akutfall ein Zugang auf diesem direkten Weg.

Bei den meisten Arzt-Patienten erfolgt die Vorstellung beim fachärztlichen Arzt-Behandler, ohne sich vorher von einem anderen Arzt dorthin überweisen zu lassen. Arbeitet der Arzt-Patient in einer Gemeinschaftspraxis oder einem MVZ, ist es leichter für ihn, sich von einem hausärztlichen Kollegen aus seiner Arbeitsstelle formal überweisen zu lassen.

Bei der Anmeldung gesetzlich versicherter Arzt-Patienten wird die Chipkarte eingelesen.

Zusätzlich beeinflussen unterschiedliche Meinungen über die kollegiale Vorzugsbehandlung den Weg, einen Arzt-Behandler zu kontaktieren (Tab. 23). Diese sind u. a. abhängig von inneren Werten und Einstellungen sowie von der Beziehung zum kontaktierten Arzt-Behandler im Sinne von Nähe. Kollegiale Vorzugsbehandlung meint hier ein medizinkulturelles Entgegenkommen bzw. bevorzugte Behandlung, z. B. bei Terminvergabe und Wartezeit, allein aufgrund des Arztstatus des Arzt-Patienten. Dass eine entsprechende Vorzugsbehandlung stattfindet, haben viele Betroffene schon selbst erlebt.

Im Folgenden werden einige Beispiele für besondere Zugangswege beschrieben, die deutlich eine kollegiale Vorzugsbehandlung erkennen lassen:

Ein Befragter rief im Akutfall eine ambulante Kollegin aus der Gegend an, statt wie es üblich gewesen wäre, den Dienstarzt zu rufen. Die ambulante Kollegin stattete ihm sonntags einen Hausbesuch ab. Sie stellte eine Einweisungsnotwendigkeit fest und kümmerte sich um alles, einschließlich der telefonischen Anmeldung in der Zielklinik. Ab hier *„ging dann eigentlich [alles wieder] ganz normal auf dem Dienstweg“ (I7, A119-136).*

Im Einverständnis mit dem Arzt-Patienten organisierten die Arzt-Behandler in zwei Fällen telefonisch die sofortige persönliche Vorstellung bei einem anderen Arzt-Behandler in einer Klinik. Der ärztliche Kollege dort bot dem Arzt-Patienten die sofortige Krankenhausaufnahme und Operation an. Dieses Angebot wurde vom Arzt-Patienten angenommen.

In einem Fall war geplant, sich vor Ort einen Termin geben zu lassen. Der Arzt-Patient bekam beim Warten an der Anmeldung mit, dass ein zeitnaher Termin wohl nicht möglich sein werde. Als der gewünschte Arzt-Behandler persönlich vorbeikam, sprach ihn der Arzt-Patient an.

Dabei spielte die innere Not des Arzt-Patienten eine entscheidende Rolle, vom geplanten Vorgehen abzuweichen. Der angesprochene Arzt-Behandler ermöglichte dem Arzt-Patienten, mit dem er bekannt war, eine sofortige Behandlung.

Tabelle 23: Innere Einstellungen und Verhaltensweisen zur kollegialen Vorzugsbehandlung

	Eine Vorzugsbehandlung wird erwartet	Keine Vorzugsbehandlung nötig
Werte und Einstellungen	<u>Einstellungen zur Vorzugsbehandlung</u> <ul style="list-style-type: none"> - Hoffnung auf Vorzugsbehandlung - Hoffnung, bekannt zu sein und (deswegen) schnell dran zu kommen - Vorzugsbehandlung als etwas Selbstverständliches, wird z. T. regelrecht erwartet - z. T. kein Bewusstsein für das Besondere, Empfinden des Weges als: „ganz normal, wie jeder Patient, wenn etwas nicht stimmt“ (I2, A7-9) <u>Empfundene hohe Dringlichkeit:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Wunsch, im Akutfall zeitnahen Termin zu bekommen 	<u>Rolle als Arzt:</u> <ul style="list-style-type: none"> - auch als Kollege muss man sich anmelden und „[...] sich ja auch einen Termin geben lassen“ (I3, A495) - Wartezeiten sind in der Regel okay - Terminierung ist nicht Aufgabe des Arztes → Delegation an eigene Arzthelferinnen <u>Empfundene niedrige Dringlichkeit:</u> <ul style="list-style-type: none"> - regelmäßige Vorsorgen „wie jedes Jahr“ (I15, A238-243) - bekanntes chronisches Leiden - es kann gut solange warten
Verhaltensweisen	<ul style="list-style-type: none"> - schon am Telefon äußern, dass man Arzt ist - der ärztliche Kollege wird persönlich und direkt angerufen - nachfragen einer Vorzugsbehandlung vonseiten des Arzt-Patienten, z. B. Vorzugstermin - sich vor Ort an der Rezeption als „Kollege sowieso“ (I16, A117-125) vorstellen 	<ul style="list-style-type: none"> - das eigene Arztsein wird bei der Anmeldung nicht in den Vordergrund gestellt - Terminvereinbarung über die Arzthelferin - Terminvereinbarung mit normaler Wartezeit (z. B. 4 Wochen)

Legende: → = führt zu

Zum Zweck informeller Konsultationen nutzen Arzt-Patienten u. a. ihr berufseigenes Netzwerk. Die informellen Konsultationen erfolgen auf den unterschiedlichsten Wegen: durch persönliches Ansprechen, telefonisch, per Email oder WhatsApp. Ein Befragter berichtete, dass er einem ärztlichen Kollegen ein Foto geschickt habe. Nachdem der Kollege seine Meinung dazu geschrieben hatte, war der Kontakt vorbei.

Im Bedarfsfall werden auch alte Kontakte wieder reaktiviert: „Und den habe ich dreißig Jahre nicht gesehen. Habe ich wieder Kontakt aufgenommen.“ (I11, A125)

Besonders prädestiniert für informelle Konsultationen sind Beziehungen zu verwandten Ärzten. Diese erfolgen dann z. B.: „so in der Drehe beim Kaffeetrinken“ (I8, A109) oder mit befreundeten Kollegen z. B. beim gemeinsamen Bier trinken und „über [...] die Probleme des

Alltags“ (I9, A56) reden. Weitere Möglichkeiten zum interkollegialen Austausch bieten z. B. Hausärztestammtische und Weiterbildungen.

In einem Fall wurde davon berichtet, dass die informelle Art der Konsultation hauptsächlich vom Arzt-Behandler ausging. Dies führte der Befragte darauf zurück, dass der konsultierte Arzt eher in seiner Verwandtenrolle blieb und die Rolle des Arzt-Behandlers nicht bewusst annahm.

Behandelt sich der Arzt-Patient selbst, ist dies eine Sonderform des Zugangs zum Gesundheitssystem, welcher ohne die vorherige Kontaktaufnahme zu einem Arzt-Behandler erfolgt. Dabei hat der Arzt-Patient bei sich auf Arbeit Zugang zu einer Reihe von Möglichkeiten der Selbstdiagnostik, bspw. kann er sich von einer Arzthelferin ein EKG schreiben lassen.

Der Zugang zu Medikamenten kann z. B. über eine Apotheke erfolgen. Nicht vorrätige Medikamente können von der Apotheke bestellt werden. Ein Arzt-Patient holte das von ihm gewünschte Medikament dort selbst ab. Informieren können sich Ärzte vorher z. B. bei ifap index oder Google. Vielfach ist der Zugang zu Medikamenten über Medikamentenvorräte in der Praxis, sogenannter „Musterschrank“, gegeben.

Nachdem die Kontaktaufnahme vonseiten des Arzt-Patienten ausführlich beschrieben wurde, sollen der Vollständigkeit halber noch einige Aspekte der Kontaktaufnahme vonseiten des Arzt-Behandlers betrachtet werden, soweit sich das aus dem Interviewmaterial ergab. Gründe für die direkte, persönliche Kontaktaufnahme des Arzt-Behandlers zum Arzt-Patienten nach der Schilderung der Interviewteilnehmer sind in Tabelle 24 dargestellt.

Tabelle 24: Gründe für die direkte Kontaktaufnahme des Arzt-Behandlers zum Arzt-Patienten

Im Rahmen der Arzt-Patienten-Beziehung	<ul style="list-style-type: none"> - telefonische Ankündigung und Besprechung einer zum vorherigen persönlichen Gespräch veränderten schriftlichen Behandlungsempfehlung im nachfolgenden Arztbrief - (mehrmalige) telefonische Rückversicherung, dass es dem Arzt-Patienten zuhause gut geht, nachdem dieser in der Praxis des Arzt-Behandlers eine Komplikation erlitten hatte → telefonische Weiterbehandlung und ggf. mündliche Anordnungen, wie z. B. Anweisung sich in einer Klinik vorzustellen
Im privaten Kontext	- spezielle Form der kollegialen Kontaktaufnahme, unabhängig von der Arzt-Patienten-Beziehung: „[Er] schreibt mittlerweile auch eine WhatsApp, wenn er irgendwo eine Feier hat“ (I6, A257-262)

Legende: → = führt zu

Eine weitere Form der Kontaktaufnahme vonseiten des Arzt-Behandlers besteht in der Zusendung eines Arztbriefes nach erfolgter Konsultation. Dieser kann Anlass zur erneuten Inanspruchnahme z. B. einer Wiedervorstellung geben.

Bemerken ärztliche Arbeitskollegen eine Erkrankung des Arzt-Patienten, kann es sein, dass sie nachfragen und ungefragt die Rolle des Arzt-Behandlers einzunehmen versuchen. Sie erteilen ungebetene Ratschläge und bieten Behandlungen von sich aus an. Ein Befragter berichtet: „*Jeder dokterte da herum, jeder hatte eine bessere Idee*“ (I9, A9-14), und, „*Wie die Chirurgen so sind: wollten am liebsten [...] [eine invasive Maßnahme durchführen] [...] oder sowas*“ (I9, A9-14).

3.6.2. Inanspruchnahme - Zugänglichkeit

Wie sich bei der Auswertung der Subkategorie „Zugang zum Gesundheitssystem“ herausstellte, spielt die Zugänglichkeit bei der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Arzt-Patienten eine wichtige Rolle. Einen Überblick über die Aspekte von Zugänglichkeit, die in den Interviews thematisiert worden, gibt Tabelle 25. Im Folgenden sollen noch einige datenbasierte Ausführungen folgen.

Bekanntheit

Bei einem bekannten Kollegen scheint die Zugänglichkeit für Arzt-Patienten in der Regel durch eine Medizinkultur von gelebter Kollegialität erleichtert zu sein. Wenn kein passender Arzt-Behandler bekannt ist, zu dem das entsprechende Vertrauen besteht, können z. B. berufliche Veränderungen dazu führen, dass entsprechende Kontakte geknüpft werden können. Für manche Arzt-Patienten stellen Fortbildungen o. Ä. günstige Gelegenheiten dar, einen Arzt-Behandler informell anzusprechen.

Ist kein Leistungserbringer in einem Gebiet bekannt, in dem es generell schwer ist, einen Termin zu bekommen, kann es sein, dass der Arzt-Patient Absagen bekommt und aufgibt, bevor er einen Termin erhalten hat und dadurch eine von ihm gewünschte Behandlung, z. B. eine Psychotherapie, nicht stattfindet. Ein Befragter äußert: „*Ja. Das ist dann so versackt irgendwie. [...] Und wie gesagt, das Problem hatte sich dann auch von alleine gelöst.*“ (I3, A456-457) Die Hürden, um einen vom Arzt-Patienten gewünschten Psychotherapieplatz zu bekommen, beschreibt ein Befragter sehr anschaulich. Psychotherapeuten würden meist kein Personal haben und sich, weil sie ausgebucht wären, eigentlich immer in Therapiesitzungen befinden, sodass beim Abtelefonieren einer Liste mit infrage kommenden Psychotherapeuten eigentlich immer der Anrufbeantworter das Gespräch annehmen würde. Die Therapeuten sprächen zwar

Tabelle 25: Übersicht an welchen Punkten Zugänglichkeit eine wichtige Rolle spielt

	Der Inanspruchnahme förderlich	Der Inanspruchnahme hinderlich
Bekanntheit	<ul style="list-style-type: none"> - Bekanntheit eines passenden A-B - Gelegenheiten zum interkollegialen Austausch → jemanden kennenlernen - innere Verbundenheit zum Ort, in dem die aufgesuchte Praxis liegt 	<ul style="list-style-type: none"> - niemand bekannt, v. a. wenn es in dem Fachgebiet sowieso schwer ist, einen Termin zu bekommen
Räumliche Nähe und Erreichbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> - gute räumliche Erreichbarkeit - freiwillige Zusatzangebote während stationärer Behandlung, z. B. Psychotherapie bei Reha - Möglichkeiten der Selbstbehandlung und „Musterschrank“ in eigener Praxis 	<ul style="list-style-type: none"> - Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel erforderlich → Anreise wird u. U. als beschwerlich empfunden - bauliche Lage: z. B. im 3. Stock ohne Fahrstuhl → potentiell Zugangshindernis für v. a. ältere und kranke Patienten
Zeitfaktor	<ul style="list-style-type: none"> - kompatibel mit eigenen Sprechstundenzeiten - zeitnahe Vorstellung möglich - Wunschtermin bzw. -uhrzeit 	<ul style="list-style-type: none"> - persönliche Zeitnot des A-P - Sprechzeiten des Leistungserbringers liegen parallel zu den eigenen Sprechzeiten des A-P
Medizinsystem	<p>- Art der Finanzierung des Gesundheitssystems → Terminsystem</p> <p>Die Zugänglichkeit ist für GKV- und PKV-versicherte Ärzte in Kleinigkeiten verschieden. Durch die Medizinkultur von gelebter Kollegialität gegenüber ärztlichen Kollegen war die Art der Versicherung jedoch nicht das Entscheidende.</p>	

Legende: → = führt zu, A-B = Arzt-Behandler, A-P = Arzt-Patient

im Anrufbeantworterspruch davon, dass sie zurückrufen würden, das sei aber nicht der Fall. Aus Zeitgründen könne er zwar mal einen Psychotherapeuten in seiner Praxis persönlich aufsuchen und ihn in einer Pause zwischen zwei Therapiesitzungen zur Möglichkeit einer eigenen Psychotherapie bei ihm befragen: „Das ist immer noch besser, als einen Anrufbeantworter zu besprechen, der sich nie zurück meldet dann.“ (I3, A456)“ Wenn er aber keine Zusage erhalte, hätte er keine Zeit, dasselbe bei mehreren anderen Psychotherapeuten zu versuchen. Der Befragte nahm an, dass es leichter wäre, einen Therapieplatz zu bekommen, wenn man einen Psychotherapeuten kennen würde. Das war bei ihm aber nicht der Fall.

Räumliche Nähe und Erreichbarkeit

Bevorzugt werden gut erreichbare Ärzte im eigenen Wohngebiet bzw. Einzugsbereich aufgesucht. Dies kann z. B. der zwar nicht persönlich bekannte Facharzt, der mit im gleichen

Haus arbeitet, von dem man aber annimmt, dass die Namen untereinander bekannt sind, sein. Oder der Arzt-Patient bittet seinen hausärztlichen Kollegen um Hilfe, der mit in der eigenen Gemeinschaftspraxis arbeitet, wenn es für ihn infrage kommt. Weiterhin können bspw. der Kollege, der privat im Nachbarort wohnt, oder bei stationär-tätigen Kollegen der stationär-tätige Facharzt auf der Parallelstation des Krankenhauses konsultiert werden.

Wie nah und damit auch wie erreichbar die konsultierten Fachärzte räumlich gesehen sind, hängt auch von der Lage der eigenen Praxis des Arzt-Patienten ab. Auf dem Land sind z. B. viele Fachärzte weiter entfernt, als in einer größeren Stadt. Manchmal gibt es nur einen Facharzt des benötigten Fachgebiets in der Stadt. Dieser wird im Ausnahmefall selbst dann aufgesucht, wenn er einen schlechten Ruf hat und der Arzt-Patient selber einen schlechten persönlichen Eindruck von ihm hat: *„Bloß es gab keinen anderen [...], also bin ich da auch hingegangen.“* (I2, A405-422).

Noch größer ist die räumliche Nähe und Erreichbarkeit, wenn der Arzt-Patient das Haus gar nicht erst verlassen muss bzw. nicht auf einen fremden Arzt-Behandler angewiesen ist, um das Gesundheitssystem in Anspruch zu nehmen. Durch die Möglichkeiten der Selbstdiagnostik und -behandlung, die sich in einer Hausarztpraxis bieten, ist den hausärztlichen Arzt-Patienten die Zugänglichkeit zu vielen Leistungen des Gesundheitssystems stark erleichtert. Eine Kontaktaufnahme mit ärztlichen Kollegen ist dann u. U. gar nicht nötig. Gleiches gilt für im Krankenhaus tätige Kollegen, die z. T. recht einfach Untersuchungen im eigenen Krankenhaus für sich selbst veranlassen können, z. B. Labor oder Bildgebung.

Eine erleichterte Zugänglichkeit bietet auch der in vielen Praxen vorhandene „Musterschrank“, d. h. in der Praxis vorrätige Medikamente. Dies scheint der Medikamenteneinnahme mancher Arzt-Patienten förderlich zu sein. Zudem werden wegen der Verfügbarkeit z. T. bevorzugt bestimmte vorrätige Medikamente eingenommen, statt nichtlagernder Medikamente. Ob und inwiefern dies positiv oder negativ zu beurteilen ist, könnte Gegenstand weiterer Forschung sein. Auch für im Krankenhaus tätige Ärzte wurde eine erleichterte Zugänglichkeit zu Medikamenten beschrieben, indem diese Medikamente von Station einnehmen würden.

Freiwillige Zusatzangebote während einer stationären Behandlung, z. B. einer Rehabilitationsmaßnahme, erleichtern die Zugänglichkeit zu einer Psychotherapie stark. Nach Anmeldung laut dortigem Prozedere erhält der Arzt-Patient die Möglichkeit, eine begrenzte Anzahl Gespräche mit einem dort angestellten Psychotherapeuten zu führen. Dies wurde von einem Befragten als sehr hilfreich und positiv bewertet.

Zeitfaktor

Hinderlich ist es, wenn die Sprechstundenzeiten des Arzt-Behandlers oder auch anderer Leistungserbringer des Gesundheitssystems parallel zu den eigenen Sprechzeiten liegen: „*Weil sie hat immer zur gleichen Zeit wie ich Sprechstunde. Ja. Deswegen kann ich da gar nicht hin.*“ (I2, A443). Einen Besuch bei diesem Arzt-Behandler trotzdem zu ermöglichen, bedeutet organisatorischen Aufwand für den Arzt-Patienten, einschließlich Umplanung seiner eigenen Sprechzeiten. Ermöglichen die Leistungserbringer bzw. ihre Angestellten eine zeitnahe Vorstellung oder eine Vorstellung zum Wunschtermin bzw. zur Wunschuhrzeit, erleichtern sie dem Arzt-Patienten damit den Zugang und dies ist der Inanspruchnahme förderlich.

Ein selbstständiger Hausarzt befand, dass ein: „*Ja, dann kommen Sie gleich!*“ (I3, A519), vonseiten der Arzthelferin des angefragten Arzt-Behandlers gut gemeint sei, aber für ihn nicht umsetzbar. Er könne nicht sofort seine Sprechstunde verlassen und in eine andere Stadt fahren, um eine Leistung des Gesundheitssystems in Anspruch zu nehmen. Daher ließ er sich einen Termin geben, um seine eigene Sprechstunde diesbezüglich organisieren zu können.

Ein Arzt-Patient nutzte den Urlaub bei seiner Familie, um dort vor Ort eine Physiotherapie in eigener Sache in Anspruch zu nehmen. Dies hängt auch mit dem Zeitfaktor zusammen, der im normalen Alltag keinen Raum für die gewünschte Therapie ließ.

Gesundheitssystem

Ein Befragter befand, dass aus seiner subjektiven Sicht die Finanzierung des Gesundheitssystems, welche in Arzt-Behandlern ein monetäres Interesse wecken könne, in die falsche Richtung laufe und der Grund dafür sei, dass Ärzte überhaupt Termine vergeben würden, weil diese vergütet würden. Das ist insofern wichtig, weil das „einen Termin besorgen und einhalten müssen“ eine Hürde darstellt, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.

3.7. Typenbildung

Mittels der folgenden Beschreibung der aus dem Material erarbeiteten polythetischen Realtypen soll das komplexe und vielschichtige Feld der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Arzt-Patienten auf das Wesentliche reduziert und prägnant zusammengefasst werden.

Folgende Ausführungen begründen die Wahl des Merkmalsraumes der Typenbildung:

Einem Arzt-Patienten bieten sich im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung u. a. durch das im Allgemeinen höhere medizinische Fachwissen und den erleichterten Zugang zum Gesundheitssystem erweiterte Möglichkeiten der Selbstbehandlung. Ärzte kommen schneller an Informationen heran, indem sie ihr berufliches Netzwerk nutzen oder medizinische Fachliteratur lesen. Sie können durch die Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems Selbstverschreibungen, Selbstüberweisungen und Selbsteinweisungen vornehmen. Sie haben per Arztausweis direkten Zugriff auf alle Medikamente, außer solchen, die der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) unterliegen. Für Letztere ist jedoch die Selbstverschreibung in Deutschland legal. Zudem haben viele Ärzte einen einfachen Zugang zu Diagnostikmöglichkeiten. Häufig ist z. B. ein Labor an die ambulante Praxis angeschlossen, oder der im Krankenhaus angestellte Arzt kann Untersuchungen an sich selbst dort unkompliziert durchführen lassen. Übersteigt die benötigte Diagnostik oder die Behandlung der Erkrankung die eigenen Möglichkeiten, können viele Ärzte auf ein kollegiales Netzwerk zurückgreifen und somit schnell und unkompliziert an ärztliche Behandlung, einschließlich körperlicher Untersuchung, und sonstige weiterführende Diagnostik, z. B. Bildgebung oder invasive Untersuchungen wie Koloskopie, Gastroskopie oder Kehlkopfspiegelung, gelangen. Zudem scheint es eine spezielle Medizinkultur zu geben, welche den Zugang zu ärztlichen Kollegen im Normalfall erleichtert. Jeder Arzt kann diese erweiterten Möglichkeiten zur autonomen Selbstbehandlung nutzen – er muss es aber nicht.

In welchem Grad und bis zu welchem Punkt ein Arzt sich selber autonom behandelt, ist individuell und z. T. von Fall zu Fall verschieden. In dem Moment, wo er einen Arzt-Behandler formell oder informell konsultiert, steht die Frage nach der Abgabe von Verantwortung an diesen. Wie die Interviewbeispiele zeigen, bleibt die Person des Arzt-Patienten entweder trotzdem weitgehend autonom und entscheidet allein über die Umsetzung der vom Arzt-Behandler geäußerten Empfehlungen. Bspw. entscheidet der Arzt-Patient selbstbestimmt und unabhängig von der Meinung des Arzt-Behandlers, ob und wann er bestimmte diagnostische Untersuchungen für sich selbst in Anspruch nehmen will, ob und wie lange er bestimmte

empfohlene Medikamente einnimmt oder Therapien durchführt bzw. durchführen lässt. Oder der Arzt-Patient gibt im gegensätzlichen Extremfall ab dem Moment der Konsultation des Arzt-Behandlers alle Entscheidungsgewalt an diesen ab und begibt sich dadurch in eine Abhängigkeit. Ohne die Anordnungen des Arzt-Behandlers zu hinterfragen, werden diese befolgt und konsequent umgesetzt. Der Arzt-Patient ist dadurch abhängig z. B. vom medizinischen Fachwissen und Sachverstand des Arzt-Behandlers, von dessen inneren Einstellungen und Werten, welche dessen Handeln in Bezug auf den Arzt-Patienten lenken. Bspw. könnte man plakativ fragen: Hat er tatsächlich das Wohl seines Patienten im Blick oder will er möglichst viel Geld verdienen? Der Arzt-Patient ist in dem Fall der vollständigen Verantwortungsabgabe nur noch selbstbestimmt, wenn er sich ganz bewusst dafür entschieden hat, sich so zu verhalten. Zwischen diesen beiden Punkten der vollständigen Autonomie und der vollständigen Abhängigkeit in Gesundheits- und Krankheitsfragen gibt es Zwischengrade. Dies betrifft z. B. die auch in den Interviews berichtete partizipative Entscheidungsfindung, wenn sowohl Arzt-Patient als auch Arzt-Behandler einen Anteil an bestimmten Entscheidungen haben. Auch wenn der Arzt-Patient bestimmte Dinge vom Arzt-Behandler entscheiden lässt, andere aber autonom entscheidet, ist er nur bedingt abhängig. Bspw. kann er sich für eine Operation in die vollständige Abhängigkeit begeben, aber die anschließende prophylaktische Antibiotikagabe selbstbestimmt ablehnen. Oder er begibt sich im Rahmen einer Erkrankung in die Abhängigkeit von einem Arzt-Behandler, eine zusätzliche Erkrankung wie z. B. Bluthochdruck behandelt er weiter autonom. Zudem kann sich der Arzt-Patient nicht nur in eine Abhängigkeit von einem Arzt-Behandler begeben, sondern auch z. B. vom Umfeld. Dies ist immer dann der Fall, wenn nicht mehr die Person des Arzt-Patienten autonom entscheidet, sondern andere Personen diese Entscheidungen mit beeinflussen oder ganz für ihn entscheiden.

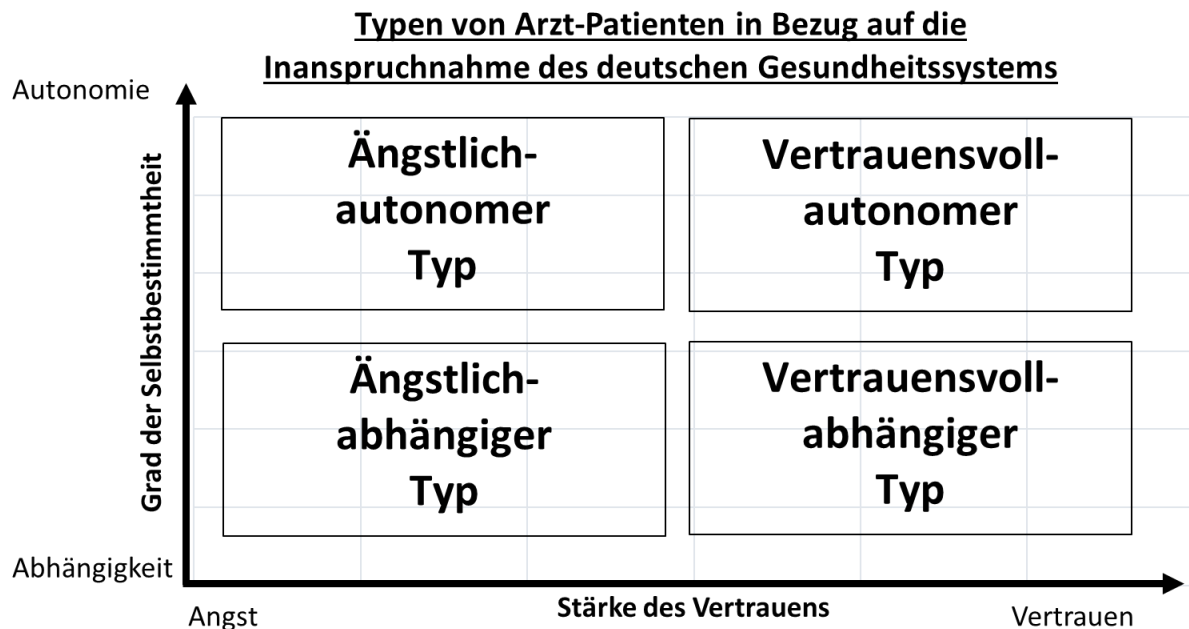
In letzter Konsequenz ausschlaggebend für das typische Verhalten in Bezug auf die Inanspruchnahme sind die dahinterstehenden Motive, inneren Einstellungen und Werte des Individuums. Entscheidend, weil grundlegend für das Inanspruchnahmeverhalten, ist dabei der Grad des Vertrauens. Dies betrifft u. a. das Vertrauen in sich selbst, die eigene Körperwahrnehmung und eigene Handlungsoptionen, das Vertrauen in Andere, z. B. in die Akteure des Gesundheitssystems, und das Vertrauen, welches bspw. in den Nutzen und die Sinnhaftigkeit von Untersuchungen oder Behandlungsmethoden gesetzt wird. Fehlendes oder mangelndes Vertrauen, welches sich in Sorge bzw. als Angst äußern kann, kann einerseits zur vermeidenden Nichtinanspruchnahme führen, z. B. bei Angst vor den Konsequenzen, Komplikationen oder Unannehmlichkeiten. Andererseits können Sorge und Angst die

ausschlaggebenden Gründe sein, eine Behandlung zu beginnen, z. B. aus Sorge vor den Folgen einer Nichtbehandlung. Der datenbasierte Zusammenhang zur Stärke des Vertrauens findet sich kategorienübergreifend, sowohl bei Gründen für als auch gegen die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems. So kann Vertrauen z. B. durch prägende Erlebnisse (Kategorien: „Prägung“, „Folgen/Konsequenzen“), medizinisches Fachwissen (Kategorien: „Medizinisches (Fach-)Wissen“, „Naturheilkunde und andere alternative Heilweisen“, „Gesundheitsverhalten“), Interaktionen des Arzt-Patienten mit dem Arzt-Behandler oder Personen des Umfelds (Kategorien: „Arzt-Behandler“, „Umfeld“) gestärkt oder erschüttert werden. Besonders die Arzt-Patienten-Beziehung (Kategorie: „Arzt-Patienten-Beziehung“) kann entscheidende Bedeutung bezüglich des Vertrauensaufbaus gegenüber dem Arzt-Behandler erlangen und damit für die Compliance, Adhärenz und die Weiterbehandlung beim gleichen Arzt-Behandler entscheidend sein (Kategorie: „Arzt-Patient“). Vertrauen zu einem bekannten Arzt, einem potentiellen Arzt-Behandler, wurde als zugangserleichternd im eigenen Krankheitsfall beschrieben (Kategorie: „Inanspruchnahme“). Bezüglich der Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems (Kategorie: „Gesundheitssystem“) besteht ein Zusammenhang zum Selbstvertrauen und damit zu den Selbstwirksamkeitserwartungen des Arztes. Diese bestimmen z. B., ob der Arzt-Patient sich äußeren Rahmenbedingungen wie Zeitnot als Selbstständiger ausgeliefert fühlt und diese als Grund für die verhinderte oder erschwerte Inanspruchnahme gelten lässt, oder ob der Arzt-Patient als aktiv Handelnder keine Barrieren darin erblickt, z. B. mit der inneren Einstellung: *„Da muss man seine Praxis eben organisieren.“* (I3, A12). Die subjektiven Definitionen von Krankheit und Gesundheit (Kategorien: „Krankheit“, „Gesundheit“) beeinflussen z. B., welche Symptome als besorgniserregend und abklärungsbedürftig wahrgenommen werden und welche nicht. Vorwissen und Vermutungen zur Ärztegesundheit oder Annahmen über bestimmte medizinkulturelle Bedingungen (Kategorien: „Vorwissen/Vermutungen Ärztegesundheit“, „Einstellungen und Werte“) können z. B. Einfluss auf das generelle Vertrauen zu ärztlichen Kollegen haben.

Diese Ausführungen sollen nur beispielhaft für den Einfluss des Vertrauens auf alle die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems beeinflussenden Faktoren stehen.

Somit ergeben sich aus dem Material zwei bestimmende Aspekte bezüglich des Inanspruchnahmeverhaltens von Arzt-Patienten, entsprechend einem zweidimensionalen Merkmalsraum: der Grad der Selbstbestimmtheit in Gesundheits- und Krankheitsfragen (autonom/abhängig) und die Stärke des Vertrauens (vertrauensvoll/ängstlich).

Aus diesen ergeben sich die vier in Abbildung 2 (Abb. 2) dargestellten Typen: der vertrauensvoll-autonome Typ, der ängstlich-autonome Typ, der vertrauensvoll-abhängige Typ und der ängstlich-abhängige Typ.



*Abbildung 2: Darstellung der Typenbildung in einem zweidimensionalen Koordinatensystem
(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Kuckartz 2014, S.131)*

Der vertrauensvoll-autonome Typ zeichnet sich durch eine hohe Selbstbestimmtheit aus. Diese wird auch dann nicht aufgegeben, wenn der Arzt-Patient sich in die Abhängigkeit ärztlicher Behandlung begibt. Der Arzt-Patient bleibt der aktiv und bewusst entscheidende Akteur, der selbst entscheidet, welche Behandlungsoptionen er wann in Anspruch nimmt. Dabei setzt er seinen gesunden Menschenverstand ein und lehnt u. U. auch Behandlungsempfehlungen seiner Arzt-Behandler ab oder setzt sich über Leitlinienvorgaben hinweg. Er betrachtet alles mit einem grundlegenden Vertrauen. So behandelt er sich mit großem Selbstvertrauen selbst, hat aber auch keine Probleme sich vertrauensvoll an ärztliche Kollegen zu wenden, sobald dies notwendig wird. Dabei hat er ganz genaue Vorstellungen, was das Ziel dieser Konsultation sein soll. Bei der Durchführung invasiver Behandlungen bringt er den durchführenden Kollegen ein Grundvertrauen entgegen und unterstellt ihnen fachliche Kompetenz und einen guten Ausgang.

Der ängstlich-autonome Typ ist versucht, sich seine Autonomie unter allen Umständen zu erhalten. Dies geschieht aber nicht aus einem positiven Selbstvertrauen heraus, sondern aufgrund von Sorgen und Ängsten. Diese können ganz unterschiedlich sein: Angst vor den Konsequenzen einer Untersuchung, vor potentiellen Komplikationen, vor Leiden und

Ausgeliefertsein. Aus diesem Grund sucht der ängstlich-autonome Typ ärztliche Behandlung nur auf, wenn er dazu gezwungen wird, z. B. wenn der Chefarzt seine Krankschreibung anordnet oder bei medizinischen Notfällen und OP-pflichtigen Befunden. Sein Verhalten kann dazu führen, dass er sich selbst und damit seine eigene Gesundheit vernachlässigt.

Der vertrauensvoll-abhängige Typ ist dadurch gekennzeichnet, dass er sich fast immer vertrauensvoll bei ärztlichen Kollegen rückversichert. Dabei ist er nicht frei von Sorgen. Diese sind häufig der Auslöser für die Konsultation ärztlicher Kollegen. Auch banale Auffälligkeiten werden gern abgeklärt, vorzugsweise auf informellem Weg. Ist eine ärztliche Behandlung notwendig, begibt sich der vertrauensvoll-abhängige Arzt-Patient vollständig in die Hände seines Arzt-Behandlers. Dieser bestimmt dann, was wann gemacht wird und der Arzt-Patient folgt genau seinen Empfehlungen und Anordnungen. Dem Handeln seines Arzt-Behandlers begegnet der vertrauensvoll-abhängige Arzt-Patient mit Vertrauen. Er erwartet fachliche Kompetenz und einen guten Ausgang.

Der ängstlich-abhängige Typ ist dadurch gekennzeichnet, dass er allem mit Angst und Sorge begegnet. Unsicherheit, Ängste und Sorgen sind der Grund für die Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung. Er hat ein hohes Abklärungsbedürfnis. Andererseits begibt er sich nicht gerne in fremde ärztliche Behandlung. Obwohl er den Empfehlungen und Anordnungen seiner Arzt-Behandler konsequent Folge leistet, hat er dabei Angst z. B. vor Komplikationen.

Natürlich verhalten sich die meisten der befragten Arzt-Patienten konsistent, indem sich bestimmte Verhaltens- und Denkmuster entsprechend ihrer inneren Werte und Einstellungen immer wieder zeigen. So wird ein generell vertrauensvoll ins Leben blickender Mensch auch eigene Erkrankungen typischerweise vertrauensvoll angehen.

Dennoch ist das Inanspruchnahmeverhalten ein dynamischer Prozess. Dies zeigt sich sowohl beim Vergleich aufeinanderfolgender Fallbeispiele des gleichen Arzt-Patienten, als auch u. U. bezüglich seines Verhaltens innerhalb eines einzelnen geschilderten Falles. Z. B. können innere Einstellungen durch das Erleben eines vorhergehenden Krankheitsfalls verändert worden sein oder die Rahmenbedingungen sind beim nächsten Entscheidungspunkt einfach andere. So kann ein bestimmter Aspekt plötzlich dazu führen, dass Vertrauen aufgebaut werden kann, was vorher nicht möglich war. Oder die Symptomatik wirkt plötzlich so bedrohlich auf den Arzt-Patienten, dass die Person sich genötigt fühlt, die vorher gelebte Autonomie aufzugeben und sich in ärztliche Behandlung zu begeben. Begibt sich ein Arzt in die Behandlung eines anderen,

entsteht automatisch eine gewisse Abhängigkeit. Daher kommt es an dem Punkt, an dem ein Arzt-Patient sich dafür entscheidet, sich in die Behandlung eines Anderen, z. B. eines Arzt-Behandlers, zu begeben, oft zu einem Wechsel des Verhaltens. Z. B. kann ein Arzt-Patient mit prinzipiell hohem Autonomieanspruch und -verhalten ab diesem Punkt seine Selbstbestimmtheit völlig aufgeben und sich ganz den Einschätzungen und Anordnungen seines Arzt-Behandlers unterordnen. Der Arzt-Behandler entscheidet dann für ihn, was wann gemacht wird, und der Arzt-Patient lässt es durchführen bzw. befolgt die Empfehlungen. Damit entspricht das Verhalten dieses Arzt-Patienten ab diesem Moment einem anderen der vier vorgestellten Typen. Selbst ein Arzt, der unter normalen Umständen seine Autonomie niemals aufgeben würde, kann krankheitsbedingt in Notsituationen geraten, wie z. B. eine dringende medizinische OP-Notwendigkeit, die ihn zwingen, sich in eine absolute Abhängigkeit, z. B. vom OP-Team, einschließlich des Anästhesie-Teams, zu begeben. Er hat dann nur noch die Wahl, ob er sich vertrauensvoll oder ängstlich in diese Abhängigkeit begibt, auch wenn dies oft keine bewusste Entscheidung ist. Interessanterweise kann selbst mancher Arzt, der normalerweise deshalb sehr autonom handelt, weil er viele Ängste und Zweifel in Bezug auf die Inanspruchnahme hat, plötzlich großes Vertrauen in die behandelnden Kollegen und die durchgeführte Behandlung setzen, wenn er sich einmal durchgerungen hat oder genötigt wird, sich in fremde Hände zu begeben.

All dies erklärt das Auftreten von Mischtypen im Interviewmaterial.

Aus dem Interviewmaterial ergab sich folgende Typverteilung:

- Typ I – vertrauensvoll-autonom: I1, I7
- Typ II – ängstlich-autonom: I9, I12
- Typ III – vertrauensvoll-abhängig: I6, I11
- Typ IV – ängstlich-abhängig
- Mischtyp I-IV: I3
- Mischtyp I-III: I4, I10
- Mischtyp I-III-IV: I14
- Mischtyp II-IV: I5, I15, I16
- Mischtyp II-III: I8, I13
- Mischtyp III-IV: I2

4. Diskussion

4.1. Diskussion der qualitativen Herangehensweise

Mittels des qualitativen Studiendesigns konnten vielfältige Faktoren der Inanspruchnahme erkannt, in einem umfassenden Kategoriensystem geordnet und in einem Code-Theory-Model dargestellt werden. Darunter fielen auch solche, welche mit einem quantitativen Studiendesign nicht erfasst worden wären. Besonders konnten so auch subjektive Sichtweisen der befragten Hausärzte bezüglich der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems erfasst werden. Wie z. B. am Faktor „Zeitnot“ deutlich wurde, gibt es neben den objektiven Rahmenbedingungen für Inanspruchnahme z. B. einer hohen Arbeitsdichte im hausärztlichen Beruf, auch immer eine subjektive, persönliche Komponente.

Wie auch durch den unter 4.3.1. geführten Vergleich von im Begleitfragebogen und den im Interview gemachten Angaben gezeigt wird, konnten in den Interviews wesentlich mehr Informationen zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch Arzt-Patienten gewonnen werden, als dies mit einem Fragebogen möglich gewesen wäre. Der höhere Erkenntnisgewinn zeichnete sich auch dadurch aus, dass im Interview Themen vonseiten der Interviewten zur Sprache kamen, an die bei der deduktiven Entwicklung des Fragebogens nicht gedacht worden war. Dies zeigt, dass das gewählte methodische Vorgehen mittels qualitativer Interviews zielführend war.

4.2. Einordnung der Studienpopulation

Insgesamt ist es gelungen, eine relativ ausgeglichene, heterogene Stichprobe zu erzeugen. Es gab genauso viel männliche wie weibliche Teilnehmer.

Im Alter zwischen 20 bis 40 Jahren konnte niemand interviewt werden. Es wird angenommen, dass dies damit zusammenhängt, dass es eine gewisse Zeit dauert, bis man seine Facharztausbildung beendet hat und sich als Allgemeinarzt niederlassen darf, frühestens mit circa 30 Jahren. Zudem könnte der Fokus von jungen, gerade niedergelassenen Ärzten auf anderen Dingen liegen, als auf der Teilnahme an einem einstündigen Interview. Die erste Zeit nach der Niederlassung ist von einigen Interviewten in den Interviews als besonders anstrengend und stressig erinnert. Weiterhin nimmt die Beschäftigung mit dem eigenen Kranksein mit steigendem Lebensalter und damit einhergehenden gesundheitlichen Einschränkungen tendenziell zu.

Es gibt keinen Teilnehmer, der als Beziehungsstatus ledig angab. Ebenso, wie es keinen Teilnehmer gibt, der keine eigenen Kinder hat. Es wird angenommen, dass beides eine Frage des Lebensalters ist.

Die Frage nach der ungefähren Scheinzahl pro Quartal ist naturgemäß sehr fehleranfällig. Die Angaben sind nicht überprüfbar und können sowohl unabsichtlich überschätzt oder absichtlich nach oben oder unten „geschönt“ worden sein. Zudem kann die subjektiv empfundene und z. T. im Interview geäußerte Arbeitsbelastung von der objektiv messbaren Scheinzahl stark abweichen.

Die Fokussierung auf Hausärzte erwies sich als zielführend. In den Interviews wurden Krankengeschichten von hausärztlichen Arzt-Patienten genauso besprochen, wie von stationär-tätigen Arzt-Patienten, ebenso wie die unterschiedliche Situation von angestellten und selbstständigen Ärzten. All diese Situationen kennen viele niedergelassene Hausärzte aus eigener Erfahrung. Zudem sind sie oft als Arzt-Behandler von stationär-tätigen Kollegen tätig, teilweise auch von hausärztlichen Kollegen, und konnten dadurch Inanspruchnahme auch aus der Sicht des Arzt-Behandlers schildern. Was in den Interviews nicht abgebildet wurde, ist das Inanspruchnahmeverhalten von ambulant tätigen Arzt-Patienten aus anderen Fachdisziplinen.

4.2.1. Rekrutierung und Nichtteilnehmer

Die Rekrutierung erfolgte u. a. über hausärztespezifische Fortbildungsveranstaltungen des Instituts für Allgemeinmedizin mittels freiwilligen Eintragens in ausliegende Teilnahmelisten. Aus welchen Gründen sich die Teilnehmer der Studie gemeldet haben, ist nicht eruiert worden. Einige hatten schon Fortbildungen zum Thema Ärztesundheit gehört bzw. an der quantitativen Querschnittsstudie zur Ärztesundheit des Instituts für Allgemeinmedizin Jena 2014 teilgenommen. Sie äußerten z. T. auch im Interview explizit eigenes Interesse am Thema und formulierten Hoffnungen und Erwartungen, was diese qualitative Studie erreichen solle. Andere gaben an, dass sie aus Mitleid zur Doktorandin mitmachten, damit diese eine entsprechend große Stichprobe erreichen könne. Dies wurde im Sinne von gelebter Kollegialität zur unbekannten, angehenden Kollegin verstanden.

Ebenso gibt es nur wenige Hinweise, warum andere Ärzte, die von der Studie erfuhren, sich nicht zur Teilnahme bereit erklärten. Ein telefonisch angefragter Teilnehmer sagte ab, da aktuell eine eigene Erkrankung keine Zeit für das Interview ließ. Andere telefonisch angefragte Teilnehmer gaben an, kein Interesse oder keine Zeit dafür zu haben.

4.3. Diskussion der Ergebnisse

4.3.1. Inhaltsanalyse

Sämtliche in der zitierten Literatur berichteten Barrieren für Ärzte beim Zugang zum Gesundheitswesen (George et al. 2014, Montgomery et al. 2011, Fox et al. 2009, Thompson et al. 2001, Oswald 2014, Schulz et al. 2014, Schulz et al. 2017) fanden sich auch in den hier durchgeführten qualitativen Interviews. Besonders decken sich die vorliegenden Ergebnisse mit denen von Fox et al. (Fox et al. 2009). Sie sind insbesondere in den hier vorgestellten Hauptkategorien „Gesundheitssystem“, „Arzt-Patient“, „Arzt-Behandler“ und „Folgen/Konsequenzen“ bestätigt. Die zitierten Studien benennen allerdings immer nur einige Faktoren bzw. Aspekte im Sinne von Barrieren bei der Inanspruchnahme.

Mit den 16 Hauptkategorien der vorliegenden Studie wird erstmals ein umfassenderer Überblick über die Faktoren der Inanspruchnahme des deutschen Gesundheitssystems durch Arzt-Patienten gegeben. Sie enthalten jeweils sowohl förderliche als auch hinderliche Aspekte. Damit ist dies die erste Studie, in der für die Inanspruchnahme förderliche Aspekte beschrieben werden. Dabei wurden auch eher implizit wirkende Faktoren berücksichtigt. Die Faktoren bzw. Kategorien „Prägung“, „Umfeld“, „Naturheilkunde und andere alternativmedizinische Heilweisen“ und „Medizinisches Fachwissen“ werden erstmals beschrieben.

Neben der Inanspruchnahme im eigenen Krankheitsfall wurde auch die Inanspruchnahme im Rahmen von „Gesundheitsverhalten“ miterfasst, soweit dies Thema der Interviews war. Da dies nicht das Hauptthema der vorliegenden Untersuchung war, erscheint es sinnvoll, Inanspruchnahme im Rahmen von Gesundheitsverhalten in einer eigenen Studie zu untersuchen.

Die Subkategorienbildung steht bei fast allen Hauptkategorien noch aus. Diese noch durchzuführen und die gefundenen Faktoren weiter zu analysieren, erscheint wertvoll.

Es zeigte sich, dass viele der in der Literatur genannten Barrieren (George et al. 2014, Montgomery et al. 2011, Thompson et al. 2001, Oswald 2014, Schulz et al. 2014, Fox et al. 2009) nur vereinzelt bzw. nur von wenigen Interviewteilnehmern der vorliegenden Studie beschrieben wurden und zwar abhängig von den zugrunde liegenden inneren Werten und Einstellungen:

- Bedenken bezüglich der Schweigepflicht
- Vernachlässigung der Selbstfürsorge
- Angst vor Konsequenzen
- Stigmata

- „kulturelle Einstellungen“, welche Ärzte daran hindern, eigene Krankheitssymptome anzuerkennen
- Wichtigkeit von Schutz im Sinne von Privatsphäre
- die Notwendigkeit, ein gesundes Image gegenüber Patienten und Kollegen zu zeigen
- die Schwierigkeit, sich selbst persönlich und emotional gegenüber Fachkollegen bloßzustellen
- der Wunsch, Kollegen nicht belasten zu wollen
- eine Kultur der Immunität gegen Krankheiten

Diese scheinen in der Wahrnehmung von Arzt-Patienten nicht allgemein vordergründig zu sein, auch wenn sie im Einzelfall entscheidende Bedeutung erlangen können.

Andere in der Literatur genannte Barrieren wurden von nahezu allen Interviewteilnehmern angegeben:

- Zeitnot (George et al. 2014)
- der fehlende Bedarf an AU-Bescheinigungen als Selbstständiger (Oswald 2014)
- „kulturelle Einstellungen“ (Montgomery et al. 2011):
 - o Akzeptanz von Selbstbehandlung als Norm
 - o Work Performance bzw. der Druck weiterzuarbeiten

Auch diesen Barrieren liegen innere Werte und Einstellungen zugrunde, die in der medizinischen Profession im Sinne einer „Medizinkultur“ allgemein verbreitet sein könnten. So liegt dem Druck weiterzuarbeiten u. a. das von Thompson et al. benannte Pflichtgefühl gegenüber Patienten und Kollegen zugrunde (Thompson et al. 2001). Dieses wurde auch von den in der vorliegenden Studie befragten Teilnehmern sehr häufig benannt.

Letztlich scheinen die häufig genannten Barrieren die Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitssystems widerzuspiegeln, z. B. mit einer hohen Arbeitsdichte, aber viel mehr noch mit der gelebten „Medizinkultur“, d. h. den von den meisten deutschen Ärzten getragenen inneren Werten und Einstellungen bezüglich ihres Berufes und Berufsstandes. Darunter fällt auch ein sehr hohes Arbeitsethos. Dieses wird auf der einen Seite selbst gelebt und auf der anderen Seite z. B. von Mitarbeitern oder anderen Kollegen erwartet und z. T. eingefordert. So werden diese inneren Werte und Einstellungen bezüglich des Berufsstandes weitergegeben.

Das bisher erforschte Verhalten von Arzt-Patienten z. B. bezüglich Selbstmedikation und -therapie sowie informellen Konsultationen kann bestätigt werden (Chambers und Belcher 1992, Oswald 2014). Dass und mit welcher Selbstverständlichkeit alle 16 Teilnehmer (100 %)

angaben, sich auf die eine oder andere Weise selbst zu behandeln, lässt vermuten, dass Selbstbehandlung sogar in größerem Ausmaß stattfindet als bisher bekannt.

Dass Ärzte sich z. T. auch bei chronischen Erkrankungen selbst therapieren, wird durch die Aussagen der Interviewten ebenfalls bestätigt. Z. B. bei der Behandlung von Bluthochdruck wurde die Notwendigkeit fremder ärztlicher Behandlung von mehreren Teilnehmern nicht gesehen. Andere, noch nicht chronisch erkrankte Teilnehmer äußerten die Einstellung, dass mit dem Auftreten einer chronischen Erkrankung für sie der Zeitpunkt gekommen wäre, sich in fremde ärztliche Behandlung zu begeben.

Die geringe Zahl der berichteten Selbsteinweisungen (3/16) war in der hier untersuchten Studienpopulation vor allem darauf zurückzuführen, dass eine Krankenhausbehandlung bei vielen Teilnehmern bisher nicht notwendig war bzw. bisher nicht stattfand. Hier wäre eine weitere Untersuchung erforderlich, indem das diesbezügliche Verhalten von Arzt-Patienten z. B. bei einer Population untersucht werden sollte, die bereits einen Krankenhausaufenthalt im eigenen Krankheitsfall erlebt hat. Zudem gibt es auch Krankenhausaufenthalte, z. B. bei der Geburt eines Kindes, die nicht aus Krankheitsgründen stattfinden.

Von informellen Konsultationen, wie sie Schulz et al. beschreiben (Schulz et al. 2014), erzählten zehn von 16 Befragten. Hier gibt es bisher keine quantitativen Daten zur Häufigkeit. Es ist jedoch anzunehmen, dass dies ebenfalls ein in der Ärzteschaft übliches und häufiges Verhalten ist. Medizinkulturelle Prägung könnte hier eine Rolle spielen und dieses Verhalten in den Augen der Ärzte, die es praktizieren, als selbstverständlich erscheinen lassen.

Die Textstellen der Kategorie „Naturheilkunde und andere alternativmedizinische Heilweisen“ lassen erkennen, dass diesbezügliche Meinungen und Verhaltensweisen einen großen Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten von Arzt-Patienten haben. Es scheint, als ob Arzt-Patienten, welche der Alternativmedizin offen gegenüberstehen und diese selbst praktizieren, tendenziell vertrauensvoll-autonome Typen sind. Sie behandeln sich zumeist selbst, sodass auf der einen Seite die Inanspruchnahme von naturheilkundlichen Medikamenten oder Therapien erfolgt. Andererseits unterbleibt dadurch oft die Inanspruchnahme schulmedizinischer Behandlung oder die Konsultation eines ärztlichen Kollegen. Diese Zusammenhänge sind in den bisherigen Untersuchungen nicht berücksichtigt worden und sollten Gegenstand weiterer Forschung sein. Möglicherweise sind vom Arzt-Patienten selbst getragene und durchgeführte naturheilkundliche und alternativmedizinische Verfahren ökonomischer, da sie eher zu einer Nichtinanspruchnahme bestimmter schulmedizinischer Leistungen, Ressourcen und Produkte des Gesundheitssystems führen. Es ist vorstellbar, dass sich diese Zusammenhänge auch auf

Laienpatienten, die über alternativmedizinisches Wissen verfügen, übertragen lassen. Diesen Überlegungen in weiteren Forschungsprojekten nachzugehen, erscheint wertvoll.

4.3.2. Code-Theory-Model (Conceptual Map)

Im Rahmen dieser Studie wird erstmalig eine Conceptual Map, d. h. ein kategorienbasiertes, theoretisches Modell, eine psychosoziale Theorie bezüglich der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch Arzt-Patienten veröffentlicht. In den bisherigen Studien wurden die Ergebnisse nur in Form von inhaltsanalytischen Kategorien präsentiert (Fox 2009, George 2014).

Das prozessorientierte Verhaltensmodell zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nach Andersen bezieht sich auf die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch Patienten allgemein (Andersen 1995). Im Vergleich dazu berücksichtigt das hier vorgestellte akteurzentrierte Code-Theory-Model (Conceptual Map) die spezifischen Besonderheiten von Arzt-Patienten. Bei der Darstellung der Beziehungen zwischen den einzelnen Faktoren wird deutlich, dass es sowohl eher implizit wirkende Faktoren, wie z. B. Aspekte der „Prägung“, als auch die Inanspruchnahme explizit beeinflussende Faktoren, z. B. Aspekte der Kategorie „Arzt-Patient“, gibt. Die Unterteilung in eher implizit und eher explizit wirkende Faktoren ist bei Andersen auch zu finden (Andersen 1995).

Die bisherigen Untersuchungen zu Barrieren bei der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Arzt-Patienten konzentrierten sich auf die spezielle Situation des Arzt-Patient-Seins, d. h. des kranken Arztes (George et al. 2014, Montgomery et al. 2011, Fox et al. 2009, Thompson et al. 2001, Oswald 2014, Schulz et al. 2014, Schulz 2017). Neu ist, dass bei dem hier vorgestellten Modell der Arzt mit seiner ganzen Person in den Mittelpunkt der Darstellung gerückt wird. Die Person des Arztes umfasst dabei mehr als das reine Arzt-Patient-Sein. Die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems wird in einen umfassenden Gesamtkontext eingeordnet, indem auch Aspekte wie z. B. innere Werte und Einstellungen oder das Weltbild des Befragten betrachtet werden. Diese gehen, obwohl sie das Inanspruchnahmeverhalten direkt oder indirekt beeinflussen, über die Situation des Arzt-Patient-Seins weit hinaus. Es gibt sowohl innerhalb der Person des Befragten liegende Faktoren (z. B.: Definitionen von „Krankheit“ oder „Gesundheit“, „Vorwissen/Vermutungen Ärztegesundheit“, „Einstellungen und Werte“) als auch außerhalb liegende Faktoren (z. B.: „Gesundheitssystem“, „Umfeld“).

4.3.3. Frameworkanalyse

Die Gestaltung der Frameworktabelle ermöglichte einerseits die kategorienbezogene Darstellung der Gründe für und gegen die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems sowie die Beschreibung des Zugangs. Andererseits entsprechen die für jedes Interview einzeln erstellten Tabellenabschnitte strukturierten Fallübersichten in Bezug auf die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems. Die fallbasierte Darstellung ermöglichte ein tieferes Verständnis für die Individualität des Zugangs zum Gesundheitssystems und des Inanspruchnahmeverhaltens im Sinne vertiefender Einzelfallinterpretationen und legte damit schließlich auch den Grundstein für die Typenbildung.

Die Durchführung der Frameworkanalyse erwies sich damit als zielführend.

Im Ergebnis der Analyse von Gründen für und gegen die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems zeigt sich, dass die in der Inhaltsanalyse gefundenen Faktoren immer sowohl förderliche als auch hinderliche Aspekte enthalten. Es kann sogar sein, dass der gleiche Aspekt, z. B. die Selbstverschreibung von Medikamenten, kontextabhängig förderlich oder hinderlich ist. Förderlich ist sie im Sinne der Einnahme von Medikamenten und damit notwendiger Behandlung und gleichzeitig hinderlich der Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung. Die objektive Wertung, d. h. ob dies als gut oder schlecht zu betrachten ist, schwankt von Fall zu Fall, z. T. sogar innerhalb eines Falles.

Dies erweitert einerseits die bisherige barrierenorientierte Sichtweise der bislang veröffentlichten Literatur. Andererseits kann eine wesentlich differenziertere Betrachtungsweise bezüglich der Wertung des Verhaltens von Arzt-Patienten ermöglicht werden, als dies z. B. in den meisten bisher veröffentlichten internationalen Leitlinien und Empfehlungen der Fall ist. Weitere Ausführungen dazu finden sich im Kapitel 4.5. Abgeleitete Empfehlungen.

Der Zugang zum Gesundheitswesen konnte umfassend und systematisch beschrieben werden. Es ist bisher keine andere veröffentlichte Arbeit bekannt, die den Zugang von Arzt-Patienten zum Gesundheitssystem auf diese Weise darstellt.

Die Annahmen von Schulz et al. 2017, dass z. B. das Ausmaß des Leidens relevant für das Aufsuchen professioneller Hilfe ist und dass tendenziell gleich ein anderer Facharzt aufgesucht wird, ohne vorher einen Hausarzt zu konsultieren, lassen sich bestätigen (Schulz et al. 2017).

Weiterhin lassen sich aus den Ergebnissen der Frameworkanalyse Hypothesen für die weiterführende Forschung ableiten. Die folgende Aufzählung soll nur beispielhaft sein:

- Arzt-Patienten vs. Laienpatienten:

Wichtig war die Erkenntnis, dass Ärzte im Prinzip den gleichen Einflussfaktoren in Bezug auf Gesundheit, Krankheit und Inanspruchnahmeverhalten unterliegen, wie jeder andere Mensch auch. Hemmende Faktoren wie Zeitnot betreffen, abhängig von Lebenslage und Beruf, auch andere Menschen. Daher stellt sich die Frage, ob sich die hier vorgestellten Theorien (Code-Theory-Model und Typenbildung) auch auf die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Laienpatienten übertragen lassen. Ob dies so ist und welche Faktoren bzw. Aspekte wirklich spezifisch für Arzt-Patienten sind, sollte Gegenstand weiterer Forschung sein.

- Arzt-Behandler können nicht nur approbierte Ärzte sein, sondern auch z. B. Physiotherapeuten oder u. U. MFAs mit erweiterten Qualifikationen. Dies ist in der vorliegenden Arbeit nicht untersucht worden und sollte Gegenstand weiterer Forschung sein.

- Vorwissen und Vermutungen zum Thema Ärztegesundheit: Woher stammen das Wissen bzw. die Vermutungen von Ärzten zum Thema Ärztegesundheit? Inwieweit werden sie tatsächlich von Forschungsliteratur geprägt? Oder sind eigene oder fremde Erfahrungen vordergründig? Diese Fragen sollten auch im Hinblick darauf betrachtet werden, wie eine Sensibilisierung von Ärzten für ihre eigene Gesundheit erreicht werden kann.

- Inanspruchnahme:

Suchen Ärzte mit einem hohen Autonomieanspruch bevorzugt ärztliche Kollegen auf, die ihnen diese Freiheit lassen?

Ist die beschriebene Vorzugsbehandlung durch Ober- und Chefarzte vom eigenen Status des Arzt-Patienten abhängig? Es ist nicht geklärt, ob sich das Verhalten von Arzt-Patient und Arzt-Behandler z. B. je nach hierarchischer Position (Chefarzt, Oberarzt, Assistenzarzt) verändert.

4.3.4. Typenbildung

Aufgrund der hier vorgenommenen induktiven, zusammenfassenden Typenbildung wird die These postuliert, dass der Grad des Vertrauens und der Grad der Selbstbestimmtheit die Grundlage der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Arzt-Patienten darstellen. Es wurde herausgearbeitet, wie bedeutsam innere Werte und Einstellungen in diesem

Zusammenhang sind und welche wichtige Rolle das Vertrauen dabei spielt. Fehlendes Vertrauen wurde zwar in der quantitativen Querschnittsstudie in Sachsen und Thüringen 2014 nur in 5 % als bewusste Barriere aktiv angekreuzt (Oswald 2014). Die hier vorgestellte Studie zeigt aber, dass letztendlich alles davon abhängt, ob und in welchem Grad Vertrauen vorhanden ist bzw. aufgebaut werden kann und das ganz unabhängig davon, ob es den Betroffenen bewusst ist.

Es wäre auch denkbar, eine Typenbildung aufgrund anderer deduktiver Konstrukte, z. B. Kontrollüberzeugung oder Bindungsstil, die Aspekte von Autonomie und Vertrauen beinhalten, vorzunehmen. Die hier vorgenommene Typenbildung erscheint demgegenüber umfassender, da sie kategorienübergreifend alle Faktoren der Inanspruchnahme einschließt und nicht nur auf bestimmte Aspekte des Inanspruchnahmeverhaltens fokussiert. Zudem scheint die Bildung natürlicher Realtypen der Zielstellung der qualitativen Erschließung des Feldes des Arzt-Patienten angemessener als eine Darstellung von künstlichen oder Idealtypen.

Bei Kuckartz 2014 wird gefordert, dass alle Personen des Samples eindeutig einem der gebildeten Typen zugeordnet werden können (Kuckartz 2014). Das Ziel der hier durchgeführten polythetischen Typenbildung ist nicht die einwandfreie Zuordnung jeder Person des Samples zu einem Typus, sondern die leicht verständliche, zusammenfassende Reduktion des komplexen Geschehens der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Arzt-Patienten. Die hier durchgeführte Typenbildung dient damit dem Zweck der Veranschaulichung dessen, was den Kern und auch das Besondere der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Arzt-Patienten ausmacht. Dabei ist die Zuordnung des Verhaltens jedes einzelnen Arzt-Patienten zu jedem Zeitpunkt des jeweils geschilderten Krankheitsfalles zu den induktiv am Material entwickelten vier Typen einwandfrei möglich. Jedoch sind die Einflussfaktoren der Inanspruchnahme so komplex, dass sich das Individuum im nächsten Fall oder sogar während eines Krankheitsfalles einem anderen der vorgestellten Typen entsprechend verhalten kann. Dies ist z. B. der Fall, wenn Vertrauen oder Angst, aus welchen Gründen auch immer, entsteht. Gerade durch das Auftreten von Mischtypen bzw. durch die Analyse, wann Typenwechsel stattfinden, z. B. wenn sich ein Arzt-Patient in ärztliche Behandlung begibt, konnten nochmals neue Erkenntnisse gewonnen werden.

Durch die Komplexität, Vielschichtigkeit und Dynamik des Themas und die Zuordnung der Interviewteilnehmer aufgrund des individuellen Verhaltens in ausgewählten, vom Befragten erinnerten Fallbeispielen, ist von einer gewissen Varianz innerhalb der Typen auszugehen.

Wie häufig die gefundenen Typen in der Gesamtpopulation der deutschen Arzt-Patienten vorkommen, kann anhand der kleinen Stichprobe ($n = 16$) nicht festgestellt werden. Dass die Typologie nach Kuckartz „auch in der sozialen Welt vorhanden“ (Kuckartz 2006) ist, wurde nicht untersucht, eine kommunikative Validierung erfolgte nicht.

Dass es keinen reinen Typ IV – ängstlich-abhängiger Arzt-Patient – unter den 16 interviewten Ärzten gab, könnte damit zusammenhängen, dass das Fachwissen und die praktische Erfahrung eines praktisch-tätigen Hausarztes doch ein gewisses Maß an Selbstständigkeit und Selbstverantwortung in Gesundheitsfragen generiert. Gleichzeitig gibt es z. T. auch eine medizinkulturelle Auffassung, die diese Selbstständigkeit von den Arzt-Patienten einfordert. Andererseits gelingt es u. U. durch eine gelungene Arzt-Patienten-Beziehung, Vertrauen auf- und Sorgen, Zweifel und Ängste abzubauen.

4.3.5. Vergleich der im Begleitfragebogen und im Interview gemachten Angaben

In fast allen Interviews kamen mehr Krankheiten zur Sprache, als im Fragebogen angegeben wurden. In drei Fällen wurden jedoch auch im Fragebogen chronische Erkrankungen, einmal sogar mit Zustand nach OP, angegeben, die im Interview nicht erwähnt wurden. Dies zeigt deutlich, dass es immer darauf ankommt, was gerade im Fokus des Befragten liegt. Ein einstündiges, qualitatives Interview bietet mehr Gelegenheit, sich an Begebenheiten zu erinnern, als ein Fragebogen, der zügig ausgefüllt wird. Dies bestätigt auch die Richtigkeit des qualitativen Vorgehens bei dieser Fragestellung. Erkrankungen, die im Interview berichtet wurden, aber im Fragebogen als solche nicht angegeben wurden, werden entweder subjektiv nicht als Krankheit wahrgenommen, als abgeschlossene Krankheitsepisoden betrachtet oder sie waren dem Teilnehmer im Moment der Fragebogenbearbeitung nicht präsent. Eine andere Möglichkeit ist, dass im Fragebogen Antworten gegeben werden, die für sozial erwünscht gehalten werden. Weiterhin kann es sein, dass die Konzentration und der Wille sich nach dem langen Interview auf lückenlose Angaben im Fragebogen zu konzentrieren schon recht niedrig waren und die Befragten schnell fertig werden wollten. Die im Interview nicht berichteten Erkrankungen waren entweder während des Interviews nicht präsent oder zu intim, um mit der Interviewerin darüber zu sprechen.

Zudem spiegelt die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes im Begleitfragebogen auch eine im Interview deutlich gewordene Diskrepanz zwischen subjektivem Empfinden und medizinischen Diagnosen wider. Jemand, der chronisch krank ist und sich regelmäßig in ärztlicher Behandlung befindet, kann sich trotzdem als gesund empfinden. Das gilt sogar für akute Erkrankungen: Obwohl zum Zeitpunkt des Interviews mehrere Interviewteilnehmer z. T. stark erkältet waren, kreuzte nur einer der Teilnehmer an, eine akute Erkrankung zu haben. Er meinte damit aber Pollinosis, welches medizinisch gesehen eigentlich ein chronisches Erkrankungsbild ist. Daraus wird deutlich, dass subjektives Krankheitsempfinden stark von der empfundenen Stärke der Lebensqualitätseinschränkung abhängig zu sein scheint.

Die Antworten auf Fragen zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems im Begleitfragebogen sind vielgestaltig und im Vergleich zu den im Interview gemachten Angaben von gewissen Inkonsistenzen geprägt.

Der Vergleich der Angaben zur Frage: „Haben Sie selbst einen eigenen Hausarzt?“ mit den dazu gemachten Angaben im Interview förderte Erstaunliches zutage. Unter der Frage nach einem eigenen Hausarzt scheint jeder etwas Anderes zu verstehen. Die einen verstehen darunter, jemanden formal als Hausarzt angeben zu können oder sogar nur zu wissen, zu wem sie im Falle des Falles gehen würden, die anderen meinen jemanden, der die von ihnen definierte Rolle eines Hausarztes ausfüllt. Das können sowohl sie selbst sein als auch eine fachfremde Person, z. B. die Gynäkologin oder ein Facharzt für Allgemeinmedizin. So änderten mehrere Interviewteilnehmer während des Gespräches ihre Einschätzung, ob sie einen eigenen Hausarzt besitzen oder nicht, nachdem sie länger darüber nachdachten bzw. in unterschiedlichen Zusammenhängen. Es könnte sein, dass dieser Fakt in den bisherigen quantitativen Erhebungen, wie viele Ärzte einen eigenen Hausarzt besitzen, bisher nicht ausreichend beachtet wurde und diesbezügliche Befragungen ein Bias aufweisen, indem die quantitative Bejahung oder Verneinung der Frage nach einem eigenen Hausarzt jeweils qualitativ sehr heterogene Vorstellungen von „einen eigenen Hausarzt haben“ enthalten könnte. Es scheint daher sinnvoll, die Frage, was es bedeutet, einen eigenen Hausarzt zu haben, genauer zu untersuchen und zu definieren, um ggf. bisher erfolgte quantitative Erhebungen mit einer eindeutigeren Fragestellung zu wiederholen.

Gleiches dürfte auf die Verwendung des Begriffes „Arztbesuch“ zutreffen. Dass dazu auch Zahnarztbesuche zählen, schien nicht allen Befragten klar zu sein. In sechs Fällen wurden Zahnarztbesuche im Interview nicht thematisiert, diese wurden aber dann im Fragebogen angekreuzt. Da im Interview auch bei einigen Befragten resümiert wurde, dass Zahnprobleme,

wenn man so will, ja auch zu den Krankheiten gehören, kann man schließen, dass Zahnleiden und der Zahnarztbesuch oft genauso getrennt vom restlichen Krankheitsgeschehen bzw. eben nicht als Krankheit in dem Sinne betrachtet werden, wie die Zahn- und die Humanmedizin getrennte Disziplinen sind. Für viele scheinen sie wie getrennte Kategorien zu sein.

In elf Fällen kamen im Interview mehr konsultierte Fachärzte zur Sprache, als im Fragebogen notiert wurden. Kein einziger schrieb die Fachrichtung Anästhesie auf. Es scheint so, als ob in diesem Fall der Fokus auf der ursprünglich konsultierten Fachrichtung z. B. Chirurgie oder Gynäkologie lag. Nur in einem einzigen Fall wurden im Fragebogen plötzlich noch vier Fachrichtungen aufgezählt, die hauptsächlich aus Vorsorgegründen konsultiert werden, die im Interview vorher nicht erwähnt worden waren. Dabei war das entsprechende Interview hauptsächlich durch mehrere komplexe Krankheitsgeschehen mit Krankenhausaufenthalten und Rehabilitationsmaßnahmen geprägt. Es kann in diesem Fall angenommen werden, dass der Fokus, sowohl des Befragten als auch der Interviewerin, auf diesen intensiven Krankheitserlebnissen lag und weniger auf den Vorsorgeterminen.

Bemerkenswert ist, dass bei acht weiblichen Teilnehmern sechs Mal der Gynäkologe genannt wird. Vier davon gehen sogar ausschließlich zum gynäkologischen Facharzt.

In einem Fall wurde im Interview ein Arztbesuch seit der Niederlassung aktiv verneint, im hinterher ausgefüllten Fragebogen jedoch eine Situation angegeben, wo ein Arztbesuch zwecks Gutachten erfolgte. In einem anderen Fall wurde im Fragebogen zusätzlich zum Interview ein Krankenhausaufenthalt zur Geburt angegeben. Im Rahmen des Studiendesigns wurde sich im Interview hauptsächlich auf die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems im eigenen Krankheitsfall konzentriert. Andere Gründe für Inanspruchnahme, wie z. B. Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen oder im Rahmen der Geburt eines Kindes, kamen nur am Rande zur Sprache. Es ist empfehlenswert, auch diese Arten von Inanspruchnahme des Gesundheitssystems in weiteren, auch qualitativen Studien noch genauer zu untersuchen.

Besonders auffällig war ein deutlicher Gegensatz bei der Angabe, ob Kollegen informell in eigener Sache kontaktiert worden seien. Während im Interview zehn von 16 Teilnehmern von informellen Kontakten zu Kollegen berichteten, kreuzten dies im Fragebogen nur drei Teilnehmer an. Dies mag darauf beruhen, dass in der Fragestellung nicht genauer ausgeführt und definiert ist, was unter einem „informellen Kontakt“ zu verstehen ist. Im Rahmen dieser Studie zählten darunter auch kurze Nachfragen in eigener Sache z. B. per Telefon, Email oder WhatsApp. Genauso wie eine formlose körperliche Untersuchung durch z. B. den

Arbeitskollegen in der Gemeinschaftspraxis, evtl. verbunden mit einem beiläufigen ärztlichen Gespräch, welches aber nicht schriftlich dokumentiert und auch nicht finanziell abgerechnet wird, als informell gilt. Im Sinne der oben berichteten Medizinkultur könnte es etwas völlig Normales und Alltägliches für Ärzte sein, mit ihren Fach- oder Arbeitskollegen auch über eigene Gesundheitsfragen zu sprechen. Dies würde dann nicht als besonderer Kontakt bzw. nicht als ärztliche Behandlung wahrgenommen und folglich im Fragebogen auch nicht angegeben.

Die Gründe für die Inanspruchnahme regelmäßiger ärztlicher Behandlung, bei welchen man im Fragebogen die Stichpunkte Vorsorge, Krankheit oder Beratung ankreuzen konnte, wurden im Interview wesentlich detaillierter und auch für nicht-regelmäßige ärztliche Behandlungen erarbeitet. Ein Befragter gab im Fragebogen „Beratung“ als Grund an, was die Interviewerin im Interview so nicht erkennen konnte. Vielleicht ist in diesem Fall die Wahrnehmung der entsprechenden Arzt-Patienten-Beziehung vonseiten des Befragten und vonseiten der Interviewerin unterschiedlich. So kann ein „Rat suchen“ aus der Perspektive des befragten Arzt-Patienten, bei gleichzeitig sehr devotem Verhalten gegenüber dem Arzt-Behandler, als „sich in Behandlung begeben“ durch einen Außenstehenden verstanden werden. Oder es ist vom Befragten beim Ausfüllen des Fragebogens ein Ereignis erinnert worden, welches im Interview nicht thematisiert wurde.

Gleiches gilt für die Inanspruchnahme regelmäßiger nichtärztlicher Therapien wie z. B. Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie. In den Interviews konnten zahlreiche Zusatzinformationen gewonnen werden, auch zu nicht-regelmäßigen nicht-ärztlichen Therapien. Nur in einem Fall wurde im Fragebogen das regelmäßige Aufsuchen eines Osteopathen angegeben, welches im Interview nicht berichtet wurde und auch nicht einem im Interview geschilderten Krankheitsbild zugeordnet werden konnte.

Vergleichsweise konsistent waren die Angaben zur Selbstbehandlung mittels Selbstmedikation, nichtmedikamentöser Therapie z. B. Physiotherapie, Selbstüberweisung oder Selbsteinweisung. Hier konnten durch die Fragebogenangaben Lücken geschlossen werden, wenn z. B. im Interview unklar blieb, ob das Aufsuchen eines anderen Facharztes mit dem Schreiben einer eigenen Überweisung verbunden gewesen ist. Dies ist im deutschen Gesundheitssystem keine unbedingt nötige Voraussetzung für das Aufsuchen eines Facharztes. Die Überweisung dient als Kommunikationsmittel zwischen zwei Ärzten, die denselben Patienten behandeln. Man könnte annehmen, dass manche Ärzte das Schreiben einer Überweisung im eigenen

Krankheitsfall für überflüssig erachten, da die Kommunikation direkt stattfindet. Um diesen Sachverhalt genauer zu untersuchen, ist weitere Forschung nötig.

Sieben der 16 Befragten bejahten das Schreiben von Selbstüberweisungen und halten damit das im Gesundheitssystem übliche Vorgehen auch im eigenen Erkrankungsfall ein.

In einem Fall wurde im Fragebogen das Schreiben einer Einweisung für sich selbst nicht angegeben, im Interview aber explizit von einer mündlichen Selbsteinweisung berichtet. Hier sollte in zukünftigen Untersuchungen z. B. per Fragebogen auf eine exakte Formulierung der Fragestellung geachtet werden, um keinen systematischen Fehler zu erzeugen.

In einem weiteren Fall wurde im Fragebogen eine Selbstbehandlung nur im Fall akuter Atemwegserkrankungen angegeben, aber nichts angekreuzt. Im entsprechenden Interview wurde von ausgeprägter Selbstmedikation auch in anderen Fällen berichtet, ebenso wie vom Aufsuchen anderer Fachärzte ohne Überweisung durch einen anderen Arzt. Hier stellt sich die Frage, ob dies mit sozialer Erwünschtheit zu tun hat, indem eventuell angenommen wird, dass Selbstbehandlung ein nicht erwünschtes soziales Verhalten ist.

Aus den Antworten auf Frage 28 des Begleitfragebogens kann man ablesen, dass der tatsächliche Bedarf nach Spezialangeboten für Ärzte erst noch sorgfältig eruiert werden sollte. Zudem scheint es über die Ausgestaltung dieser Angebote sehr divergente Meinungen zu geben. Solche Angebote können sinnvoll sein, sollten sich aber am tatsächlichen Bedarf der Ärzteschaft orientieren und von der Mehrheit der Ärzte akzeptiert werden. Dafür ist noch weitere Forschung notwendig. Es lässt sich vermuten, dass das Angebot von Sprechstundenzeiten außerhalb der üblichen Praxissprechstundenzeit vielen Ärzten entgegenkommen würde. Einige Befragte sahen keine Notwendigkeit für diese Form der Vorzugsbehandlung von Ärzten. Insbesondere das Angebot anonymer Behandlung wurde kritisch gesehen, da vermutet wurde, dass es eine Einstellung von Ärzten unterstützt, die es ihnen erschwert, zu ihrem Kranksein zu stehen. Ob dies tatsächlich so ist oder ob man damit manchem Arzt-Patienten den Zugang zu medizinischer Behandlung ebnet, der sich sonst aufgrund seines vermeidenden Typus gar nicht erst in ärztliche Behandlung begeben hätte, sollte untersucht werden.

4.4. Diskussion von Empfehlungen für Arzt-Patienten unter Bezug auf das Datenmaterial

International gibt es bereits Empfehlungen und Leitlinien für Arzt-Patienten, die implizieren, dass es ein einheitliches, adäquates Verhalten bezüglich der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens im eigenen Krankheitsfall gibt. Diese beruhen jedoch aufgrund unzureichender studienbasierter Fakten weitgehend auf normativer Argumentation.

Die Ergebnisse der hier vorgestellten Studie zeigen, dass v. a. hinsichtlich der Bewertung des Verhaltens von Arzt-Patienten und daraus resultierender Handlungsempfehlungen eine differenziertere Sicht der Dinge sinnvoll erscheint, als dies in den bisherigen internationalen Leitlinien und Handlungsempfehlungen ausgesprochen wird. Zudem steht die Frage, ob bei einem so vielschichtigen, individuellen Thema überhaupt die Vorgabe eines allgemeingültigen, adäquaten Verhaltens angemessen ist. Möglicherweise lässt sich adäquates Verhalten, statt über äußere Vorgaben, auch über die Stärkung der Selbstkompetenz und die Prägung einer selbstachtsamen Medizinkultur erreichen.

Beispielsweise gibt es die Empfehlung, sich nicht selbst zu behandeln und die Empfehlung, bei einem eigenen Hausarzt registriert zu sein (General Medical Council 2008, British Medical Association 2010, College of Physicians and Surgeons of Ontario 2007). Diese Empfehlungen beruhen auf der Annahme, dass der objektive Abstand zu sich selbst nicht gegeben ist und eine Selbstbehandlung folglich nicht adäquat ist.

Dies steht in einem gewissen Widerspruch zu den Erwartungen an Laienpatienten. Auch diese behandeln sich bis zu einem gewissen Grad selbst. Selbstbehandlung wird von ihnen im Sinne von Patient Empowerment z. T. sogar erwartet. Generell besteht die Schwierigkeit zu definieren, bis zu welchem Grad Selbstbehandlung adäquat ist. Dies sollte noch genauer untersucht werden.

Für den Arzt-Patienten gilt nach den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit: Je nach Typus warten Arzt-Patienten manchmal aufgrund innerer Barrieren mit der Konsultation tatsächlich so lange, bis sie wirklich hilflos sind oder in eine dringende medizinische Behandlungsnotwendigkeit hineingeraten sind. Vorherige Selbstdiagnostik und -therapie sind die Regel. Deutlich inadäquates Verhalten zeigte sich z. B. dort, wo Arzt-Patienten nicht auf sich selbst achteten und andere Dinge, z. B. ein hohes Arbeitsethos oder hinderliche medizinkulturelle Einstellungen, gegenüber der eigenen Gesundheit priorisierten. Es empfiehlt sich daher ein gut reflektierter Umgang mit der eigenen Gesundheit. Zudem sollten Ärzte wissen, dass sie im eigenen Krankheitsfall auch das Recht haben, krank zu sein, unklare Symptome abklären und sich untersuchen zu lassen und einen Kollegen um Rat zu fragen. An dieser Stelle scheint noch

Verbesserungsbedarf zu bestehen, da einige Arzt-Patienten im Interview von diesbezüglicher Scheu und Befürchtungen berichteten. Diese bleiben z. T. bestehen, auch wenn sie sich in der Praxis als unbegründet herausstellen, indem kaum negative Erfahrungen gemacht werden. Man kann Arzt-Patienten also nur empfehlen, rechtzeitig kollegiale Hilfe und Rat in Anspruch zu nehmen, wenn ihnen dies notwendig erscheint bzw. unklare Symptome auftreten. Insbesondere bei fachspezifischer Problematik und der Medikation mit nebenwirkungsreichen, rezeptpflichtigen Substanzen, z. B. Antibiotika, erscheint die Mitbehandlung durch einen fachkundigen Kollegen sinnvoll. Arzt-Patienten schätzen die Situation manchmal falsch ein und setzen sich dann z. B. mit inadäquater Medikation u. U. unnötigen gesundheitlichen Risiken und der Heilungsverzögerung bzw. Verschleppung einer Symptomatik aus.

Wie die Frameworkanalyse zeigte, haben Ärzte aber auch durch ihr Fachwissen, ihre Berufserfahrung, das berufliche Netzwerk und den erleichterten Zugang zu bestimmter Diagnostik, z. B. Labor, eine Grundkompetenz, die geachtet und als Stärke anerkannt werden sollte. Zudem gehen viele der befragten hausärztlichen Arzt-Patienten davon aus, selber am besten über sich Bescheid zu wissen bzw. selber zu wissen, welches Fachgebiet die Erkrankung betrifft.

Die freie Arztwahl mit der Möglichkeit, sich dort Hilfe zu suchen, wo man sie erwartet, ist eine Stärke des deutschen Gesundheitssystems. Wie die Analyse der Subkategorie Zugang zeigte, suchen sich viele Arzt-Patienten ihren Arzt-Behandler ganz bewusst aus. Vertrauen spielt dabei eine entscheidende Rolle. Meistens sucht der hausärztliche Arzt-Patient Rat bei einem zu dem Beschwerdebild passenden Facharzt. Es kann jedoch auch z. B. ein alternativmedizinisch tätiger Privatarzt sein oder der eigentlich pädiatrisch-tätige Verwandte. Auch informelle Konsultationen können je nach Fall ausreichend und ökonomisch sinnvoll sein, z. B. wenn eine Beurteilung, dass es nichts Schlimmes ist, ausreicht, um evtl. durch medizinisches Fachwissen entstandene Sorgen zu zerstreuen. Informelle Kontakte entstehen häufig durch ein gutes berufliches Netzwerk der Arzt-Patienten und eine positive Medizinkultur des als Kollegen „Füreinander Daseins“. Im Zweifelsfall sollte der Arzt-Behandler aber auf einer formellen Konsultation mit der Möglichkeit z. B. der körperlichen Untersuchung bestehen, um eine Gefährdung des Arzt-Patienten auszuschließen. Dies wurde in einem Interviewbeispiel auch so beschrieben. Denn auf die Ferne und ohne körperliche Untersuchung ist nicht alles adäquat einschätzbar. Dankbar sind Arzt-Patienten dabei meist über schnelle, unkomplizierte Terminvorschläge: „Komm gleich morgen früh oder nachher in der Mittagspause in meiner Praxis vorbei“.

Fast alle befragten hausärztlichen Arzt-Patienten äußerten, dass sie nicht wüssten, wozu sie einen eigenen Hausarzt bräuchten. Sie nehmen an, in ihrem Wissen, ihrer Kompetenz und ihren Selbstbehandlungsmöglichkeiten einem anderen Hausarzt ebenbürtig zu sein. Die Vorstellung, diesen trotzdem aufzusuchen, wird z. T. als Zeitverschwendung und sinnlos empfunden. Auch wenn Studien für Laienpatienten Vorteile für ein primärärztliches System belegen (Starfield 2012), schienen Fehl- und Überversorgung in unserer Stichprobe kein Thema zu sein. Zudem wiesen schon Kay et al. darauf hin, dass die reine „Registration“ bei einem Hausarzt nicht ausreicht, um einen guten Zugang zu adäquater medizinischer Versorgung zu gewährleisten (Kay et al. 2008). Aufgrund der hier vorgestellten Typenbildung ist anzunehmen, dass Arzt-Patienten trotz einer offiziellen formalen Registration weiterhin selbst entscheiden würden, wann sie die Behandlung bei ihrem registrierten Hausarzt in Anspruch nehmen bzw. wann nicht. Gerade die beschriebenen vertrauensvoll-autonomen Typen würden sich ihre selbstbestimmte Freiheit nicht nehmen lassen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie scheinen weitestgehend die Empfehlungen für Arzt-Patienten und Arzt-Behandler, die v. a. innere Werte und Einstellungen sowie den konkreten verantwortlichen Umgang mit sich selbst und miteinander im direkten, formellen Konsultationsfall betreffen (British Medical Association 2010), zu unterstützen.

Aus Sicht des Arzt-Behandlers besteht nach den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit folgende Herausforderung: Arzt-Patienten wünschen sich häufig auf der einen Seite, wie normale Patienten behandelt zu werden, indem ihnen alles laiengerecht erklärt und nicht zu viel Wissen vorausgesetzt wird. Sie erwarten vom Arzt-Behandler oft, dass er die Führung übernimmt und bestimmt, was an Diagnostik und Therapie notwendig ist. Auf der anderen Seite wollen sie als kompetente Kollegen wahrgenommen werden und z. B. in Fachsprache kommunizieren sowie genauer über das Für und Wider einzelner Behandlungsschritte diskutieren bzw. in die Entscheidung durchaus mit einbezogen werden. Arzt-Behandler sollten daher im Gespräch eine klare Linie vorgeben und sich genügend Zeit für eine ausführliche Beratung bzw. Aufklärung nehmen. Bei gleichzeitiger Achtung der Kompetenz des Kollegen sollten bestimmte Dinge wie z. B. Anweisungen, wie ein verordnetes Medikament einzunehmen ist, oder Verhaltensregeln im Krankheitsfall immer ausgesprochen werden. Notwendige körperliche Untersuchungen sollten auch beim Kollegen, wie bei jedem anderen Patienten, regelhaft durchgeführt werden, da nur dies eine gute medizinische Behandlung sicherstellt und zudem Vertrauen schaffen kann. Für all das sind Arzt-Patienten in der Regel sehr dankbar. Ausnahmen bestehen z. B. bei Bagatellerkrankungen und wenn von angestellten Kollegen lediglich ein Krankenschein

benötigt wird. Aber selbst in diesen Fällen liegt die Verantwortung, nichts Schlimmeres zu übersehen usw., beim behandelnden Kollegen. Beruhend auf ihrer Eigenerfahrung als Arzt-Behandler, nehmen Arzt-Patienten oft an, dass einem am wenigsten durchrutscht, wenn man die Routine in jedem Fall abarbeitet, wie bei jedem Patienten sonst auch. Eine Dokumentation sollte zumindest bei formeller Konsultation immer erfolgen. Dies dient auch der Absicherung des Arzt-Behandlers.

Die in der kanadischen Leitlinie beschriebene Beeinträchtigung der Arzt-Patienten-Beziehung durch eine zu persönliche, emotionale Beziehung zum Patienten (College of Physicians and Surgeons of Ontario 2007) ist vielen Befragten der hier vorgestellten Studie zwar auch als potentielle Gefahr bewusst. Dennoch überwiegen in ihren Augen zumeist die Vorteile, die es hat, einen bekannten Kollegen aufzusuchen. Es ist leichter Vertrauen aufzubauen bzw. es besteht schon Vertrauen zum bekannten Kollegen. So wird die damit verbundene Gefahr gern in Kauf genommen. Dazu kommt, dass die meisten der Befragten noch keinerlei schlechte Erfahrungen in dieser Hinsicht gemacht haben. Außerdem steht es jedem Arzt-Behandler frei, jederzeit diese Beeinträchtigung der Arzt-Patienten-Beziehung festzustellen und seinen Arzt-Patienten auf Grund dessen an einen anderen Kollegen zu überweisen. Nachdem mittels der Typenbildung aufgezeigt wurde, wie wichtig der Aspekt des Vertrauens ist und dass es entscheidend dafür sein kann, ob überhaupt ein Zugang erfolgt, könnte es zielführender sein, das Empfinden der Arzt-Behandler diesbezüglich zu schulen, als Vorgaben aufseiten der Arzt-Patienten zu machen. Wichtig ist in diesem Fall, eine dazu passende „Medizinkultur“ zu prägen, in der es selbstverständlich und normal ist, eine mögliche eigene Befangenheit bewusst zu reflektieren und Patienten in diesem Fall weiter zu überweisen.

Trotzdem gibt es v. a. auch durch die Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitssystems hinderliche Faktoren, die auf systemischer Ebene verändert werden könnten, um Ärzten den Zugang zum Gesundheitssystem im eigenen Krankheitsfall zu erleichtern. Dies fordern Fox et al. auch für das Gesundheitssystem des Vereinigten Königreiches, indem sie organisatorische Veränderungen fordern (Fox et al. 2009). Als belastend wurden von einigen Studienteilnehmern z. B. Zeitnot, der finanzielle Druck als Selbstständiger, die hohe Arbeitsdichte mit hoher Kontaktdichte, die Nichtverfügbarkeit von Sprechstundenzeiten bei ärztlichen Kollegen außerhalb der eigenen Sprechzeiten und die Notwendigkeit, im eigenen Krankheitsfall eine Vertretung organisieren zu müssen, beschrieben.

Nicht zu unterschätzen sind dabei auch persönliche Einstellungen und Werte, die häufig auf einer aufgeprägten „Medizinkultur“ zu beruhen scheinen. Bspw. folgende Dinge wurden in den Interviews genannt:

- dass Ärzte nicht krank sein dürfen
- ein sehr hohes Arbeitsethos
- das Gefühl, alles selber wissen zu müssen, was Gesundheit und Krankheit betrifft usw.

Zum Abbau dieser inneren Barrieren bedarf es aber auch einer Veränderung der gesellschaftlichen Wert- und Normvorstellungen vom Arztberuf ebenso wie der Ansichten einiger Ärzte, die Arzt-Patienten als Arzt-Behandler behandeln. Wie ein Fallbeispiel zeigte, gibt es Arzt-Behandler, die dazu beitragen, diese Barrieren entstehen zu lassen und aufrechtzuerhalten. Da Vertrauen ein so entscheidender Faktor ist, sollten die geforderten Veränderungen aber derart sein, dass sie nicht zu einem Vertrauensverlust der Patienten in ihre Ärzte führen.

Bei Empfehlungen sollte generell der Individualität und gesunden Selbstverantwortung des Individuums Rechnung getragen werden. Die persönliche Freiheit des Individuums ist ein hohes Gut und eine Stärke. Sie sollte so wenig wie möglich eingeschränkt werden. Dies gelingt, indem keine allgemeingültigen „Forderungen“ formuliert werden. Vielmehr sollte das Empfinden der Ärzte im eigenen Krankheitsfall und im Umgang mit erkrankten Kollegen geschult werden. Es könnte darauf hingewiesen werden, welche Gefahren durch die Rollenambiguität und den erleichterten Zugang im eigenen Krankheitsfall für Arzt-Patienten bestehen können. Zudem könnten Ärzte und Medizinstudenten als zukünftige Arzt-Behandler im korrekten, achtungsvollen Umgang mit Arzt-Patienten geschult werden. Es ist denkbar, dass es auf diese Weise gelänge, eine positive Medizinkultur des achtsamen Umgangs mit sich selbst und mit Kollegen zu prägen. Eigenkompetenzen und Selbstachtsamkeit sowie das bewusste Übernehmen von Verantwortung für sich selbst könnten gestärkt werden. Dies betrifft sowohl den Krankheitsfall als auch das „Gesundheitsverhalten“.

Dies kann, wie schon Fox et al. für das UK forderten (Fox et al. 2009), z. B. durch eine Auseinandersetzung mit der Thematik während der Ausbildung und bei Weiterbildungen geschehen. Auch Montgomery et al. sehen die Notwendigkeit, schon im Medizinstudium mit der Vermittlung entsprechender Eigenkompetenzen zu beginnen, da „Medizinkultur“ bereits im Studium geprägt wird (Montgomery 2011). Die dort geprägten inneren Werte und Einstellungen beeinflussen das spätere Verhalten des Arztes im eigenen Krankheitsfall.

Einen umfassenden Ratgeber u. a. zu den Themen Verhalten im Krankheitsfall, Behandlung von Arzt-Patienten, Vorsorge und Selbstfürsorge, ähnlich wie das im „The RACGP Curriculum for Australian General Practice 2011“ (Royal Australian College of General Practitioners 2011) formuliert wurde, wünschen sich durchaus einige der befragten Ärzte.

Durch das Wissen um Forschungsergebnisse auf dem Gebiet der Ärztegesundheit kann eine Sensibilisierung für das Thema erreicht werden. So erinnerten sich Befragte z. T. wortwörtlich an Aussagen der früheren quantitativen Querschnittsstudie von Oswald 2014 (Oswald 2014). Es besteht vereinzelt der Wunsch nach konkreten Handlungsvorgaben: *„so sollten sich Ärzte [...] verhalten“* und *„[m]an sollte vielleicht dieses oder jenes mal untersuchen lassen“* (I16, A366-368). Dabei stellt sich jedoch die Frage, inwieweit es gut ist, Ärzten durch zu konkrete Handlungsvorgaben die Verantwortung für sich selbst abzunehmen. Was bspw. im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen untersucht werden sollte, unterscheidet sich nicht von dem, was bei einem Laienpatienten untersucht werden sollte und ist den Ärzten aus dem Praxisalltag bekannt. Wie man sich im Einzelfall verhalten sollte, lässt sich nicht verallgemeinern, da es dazu sehr divergente Meinungen gibt. Wie vielfältig die konkreten Fallbeispiele, das persönliche Inanspruchnahmeverhalten und die dahinterstehenden inneren Werte und Einstellungen sind, zeigt das vorliegende Material. Was jedoch ein sinnvoller Ansatz zu sein scheint, ist der Vorschlag eines Befragten, man solle vielleicht einen Kurs für Ärzte anbieten, der zu gesunder Selbstwahrnehmung und Selbstliebe anleite. U. a. dadurch könnte das Ziel erreicht werden, dass Ärzte die eigene Gesundheit gegenüber einer zu altruistischen Einstellung priorisieren und für sich selbst gut sorgen. Denn das heißt, die Verantwortung für sich selbst bewusst zu übernehmen. Dass es wichtig ist, sich um das Wohl der Behandler zu kümmern, betonen schon Bodenheimer und Sinsky (Bodenheimer und Sinsky 2014).

Das Thema Behandlung von Familienangehörigen war zwar ein wichtiges Thema der Interviews, jedoch nicht der aktuelle Forschungsschwerpunkt. Gleichwohl ist zu vermuten, dass auch hier eine differenziertere Sicht angezeigt ist als die in den internationalen Leitlinien ausgesprochenen generellen Empfehlungen zur Vermeidung der Behandlung von Familienangehörigen (British Medical Association 2010, College of Physicians and Surgeons of Ontario 2007). Vermutlich spielen hier ähnliche Faktoren eine Rolle wie bei der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch Arzt-Patienten im eigenen Krankheitsfall, wie Interviewbeispiele vermuten lassen, z. B. das medizinische Fachwissen des einen Angehörigen behandelnden Arztes im speziellen Fall und sein Selbstvertrauen in die eigene Behandlung. Diese Vermutung wird auch dadurch unterstützt, dass Ärzte in ihren Erzählungen im Rahmen des Interviews oft

nicht zwischen den Erkrankungen ihrer Angehörigen, z. B. ihrer eigenen Kinder, und ihrem eigenen Kranksein unterschieden. Nach den Ergebnissen dieser Studie ist zu vermuten, dass eine kompetente Eigenbehandlung, die ein gewisses Maß nicht überschreitet, keineswegs verwerflich und ökonomisch sinnvoll ist. Wann der Punkt erreicht ist, die Behandlung von Angehörigen in die professionellen Hände von Fachkollegen zu legen, ist sicher in jedem Einzelfall verschieden. Dieses Thema sollte noch genauer untersucht werden.

4.5. Limitationen der Studie

Als Limitation der Studie ist die relativ kleine Stichprobengröße zu berücksichtigen. Es wurden jedoch statt der anfangs vorgesehenen Interviewanzahl von $n = 10$ insgesamt 16 Interviews mit einer Gesamtzeit von 17 Stunden und 12 Minuten durchgeführt und ausgewertet. Auch wenn sowohl die soziodemografische als auch die inhaltliche Heterogenität der Stichprobe bezüglich des berichteten Inanspruchnahmeverhaltens groß ist und alle Textstellen dem entwickelten Kategoriensystem zugeordnet werden konnten, kann bei dieser Stichprobengröße nicht mit Sicherheit von einer Sättigung gesprochen werden. Somit besteht theoretisch die Möglichkeit, dass bestimmte Formen von Inanspruchnahme, zusätzliche beeinflussende Faktoren oder Aspekte sowie bestimmte Typen von Arzt-Patienten nicht abgebildet wurden.

Ebenfalls bedingt durch die relativ kleine Stichprobengröße, war eine Fokussierung der Befragung auf ambulant tätige Hausärzte in Thüringen notwendig. Diese wurde aufgrund der in der Methodik beschriebenen Kriterien fokussiert. Die Größe der Einflussfaktoren „Bundesland“ und „Fachrichtung“ bzw. „ambulante versus stationäre Tätigkeit“ der Befragten wären in dieser Form der qualitativen Studie nicht abschätzbar gewesen. Da nur Ärztinnen und Ärzte aus Thüringen befragt wurden, sind mögliche regionale Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten von Ärzten zwischen den deutschen Bundesländern nicht erfasst worden.

Dasselbe gilt für mögliche Unterschiede beim Inanspruchnahmeverhalten von Ärzten verschiedener Fachdisziplinen. Im Besonderen ist anzunehmen, dass es einen Unterschied im Inanspruchnahmeverhalten zwischen ambulant und stationär tätigen Ärzten gibt, da letztere unter ganz anderen Rahmenbedingungen arbeiten. Dafür sprechen auch die Aussagen bezüglich stationär tätiger Arzt-Patienten in den Interviews: Stationär tätige Ärzte sind im Unterschied zu ihren ambulanten Kollegen meist angestellt und müssen ihrem Arbeitgeber im Krankheitsfall eine AU-Bescheinigung vorlegen. Um diese zu erhalten, ist die Inanspruchnahme eines eine AU-Bescheinigung ausstellenden Kollegen nötig. Von den befragten Selbstständigen wurde

zudem angenommen, dass ein Angestellter sich eher krankschreiben lässt und eine Arbeitspause einlegt, wenn dies krankheitsbedingt angezeigt ist. Zudem sind stationär tätige Ärzte meist auf eine Fachrichtung spezialisiert, sodass Ihnen u. U. bei einer fachfremden Erkrankung das zur Behandlung nötige Fachwissen fehlt bzw. nicht ausreicht. Ihre Möglichkeiten zur Selbstmedikation bzw. Selbstbehandlung könnten daher eingeschränkter sein, als bei ihren hausärztlichen Kollegen. Es ist daher anzunehmen, dass stationär tätige Kollegen häufiger einen ärztlichen Kollegen aufsuchen und häufiger einen eigenen Hausarzt haben. Zudem könnte es sein, dass sich das berufliche Netzwerk stationär tätiger Kollegen mehr oder weniger auf die ebenfalls im Krankenhaus tätigen Arbeitskollegen beschränkt. Bei Hausärzten bestehen u. a. durch die Behandlung gemeinsamer Patienten oft vielfältige berufliche Kontakte zu ambulant und stationär tätigen Kollegen unterschiedlichster Fachgebiete. Dies könnte Unterschiede z. B. im Hinblick auf das Vertrauen zum ausgewählten Arzt-Behandler und in der Zugänglichkeit bedeuten.

Die beschriebenen Aspekte sollten Gegenstand weiterer Forschung sein.

In Bezug auf die wahrheitsgemäße Abbildung des Forschungsgegenstandes ist die Interviewsituation mit der Möglichkeit von Antworttendenzen zu betrachten. Diese sind nicht vollständig auszuschließen. Die Transkripte und die Beschreibungen in den Interviewprotokollen zeigen jedoch, dass es der Doktorandin tatsächlich gelungen sein könnte, dass sich die Interviewten zu dem intimen Thema öffneten.

Durch den begrenzten Rahmen einer Dissertationsarbeit konnten noch nicht alle gefundenen Einflussfaktoren einer tiefergehenden Analyse unterzogen werden. Zudem war es durch den Umfang des Materials nicht möglich, alle bereits detailliert ausgewerteten Kategorien ausführlich darzustellen.

5. Schlussfolgerungen

Mit dieser Studie wurde das Feld des Arzt-Patienten in Deutschland qualitativ erschlossen.

Arzt-Patienten sind eine besondere Patientengruppe und ihre Inanspruchnahme des Gesundheitswesens im eigenen Krankheitsfall wird durch spezifische Faktoren beeinflusst. Dabei sind der persönliche Umgang mit Krankheit und das Inanspruchnahmeverhalten sehr individuell und stark von inneren Werten und Einstellungen abhängig.

Das umfangreiche, komplexe Material enthält Hinweise und Antworten auf viele weitere interessante Forschungsfragen, die es in weiteren qualitativen und quantitativen Analysen noch herauszuarbeiten gilt. Eine tiefergehende Analyse der gefundenen Faktoren und Aspekte erscheint wertvoll. Ebenso scheint es sinnvoll, die Fragestellung dieser Studie auch auf andere Fachrichtungen bzw. stationär tätige Ärzte anzuwenden.

Perspektivisch könnten die Erkenntnisse helfen, den adäquaten Zugang zum Gesundheitssystem für Arzt-Patienten im eigenen Krankheitsfall zu erleichtern. Die Erkenntnisse über mögliche förderliche Faktoren könnten helfen aufzuzeigen, an welchen Stellen Ärzte gezielt gefördert werden können, um ihnen den Zugang zur (haus-)ärztlichen Betreuung und zu Gesundheitsleistungen zu erleichtern und Barrieren abzubauen. Darüber hinaus können die gewonnenen Erkenntnisse einen Baustein für spätere deutsche Leitlinien bilden.

Eventuell besteht die Möglichkeit, diese Erkenntnisse in den Aufbau einer eigenen auf Arzt-Patienten und ihre Bedürfnisse zugeschnittenen Spezialsprechstunde mit speziell ausgebildeten Arzt-Behandlern einfließen zu lassen.

6. Literatur- und Quellenverzeichnis

- Andersen RM. 1995. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter?. *Journal of Health and Social Behavior*, 36 (1):1-10.
- Beelmann K. 2003. Interventionsprogramm der Ärztekammer Hamburg bei Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen "Widerwille gegen die Schnapsflasche". *háb*, 6-7:286-289.
- Bender A-C. 2014. Wenn Ärzte krank sind. Gera: SRH Hochschule für Gesundheit Gera GmbH.
- Bergner T. 2004. Lebensaufgabe statt Lebens-Aufgabe. *Dtsch Arztebl*, 101 (33):A2232-A2234.
- Berth H, Balck F, Brähler E, Hrsg. 2008. Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie von A bis Z. Erste Aufl. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- BKK. 2010. BKK Gesundheitsreport 2010 - Gesundheit in einer älter werdenden Gesellschaft. Berlin: BKK Bundesverband.
- Bodenheimer T, Sinsky C. 2014. From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. *Ann Fam Med* 12 (6):573-576.
- British Medical Association. 2010. Ethical responsibilities in treating doctors who are patients - Guidance from the BMA Medical Ethics Department. London: BMA Medical Ethics Department.
- Brooks SK, Gerada C, Chalder T. 2011. Review of literature on the mental health of doctors: are specialist services needed? *J Ment Health*, 20 (2):146-156.
- Buddeberg C. 2004. Psychosoziale Medizin. 3. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag
- Campbell S, Delva D. 2003. Physician do not heal thyself. Survey of personal health practices among medical residents. *Can Fam Physician*, 49:1121-1127.
- Chambers R, Belcher J. 1992. Self-reported health care over the past 10 years: a survey of general practitioners. *Br J Gen Pract*, 42 (357):153-156.
- College of Physicians and Surgeons of Ontario. 2007. Treating self and family members. CPSO Policy Statement, 7 (6):1-4.
- Dahrendorf R. 2006. Homo Sociologicus. Ein Versuch zur Geschichte, Bedeutung und Kritik der Kategorie der sozialen Rolle, 16. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Davidson SK, Schattner PL. 2003. Doctors' health-seeking behaviour: a questionnaire survey. *Med J Aust*, 179 (6):302-305.

- Flick U. 1995. Handbuch Qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. 2 Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Fox F, Harris M, Taylor G, Rodham K, Sutton J, Robinson B, Scott J. 2009. What happens when doctors are patients? Qualitative study of GPs. *Br J Gen Pract*, 59 (568):811-818.
- Frank E, Dresner Y, Shani M, Vinker S. 2013. The association between physicians' and patients' preventive health practices. *CMAJ*, 185 (8):649-653.
- Franke A. 2012. Modelle von Gesundheit und Krankheit. 3. Aufl. Bern: Huber.
- Fuchs S, Endler PC, Mesenholl E, Pass P, Frass M. 2009. Burnout bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin. *Wien Med Wochenschr*, 159 (7-8):188-191.
- Gale NK, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. 2013. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Medical Research Methodology*, 13:117.
- Gautam M, MacDonald R. 2001. Helping physicians cope with their own chronic illnesses. *West J Med*, 175 (5):336-338.
- General Medical Council. 2008. Good Practice in Prescribing Medicines. General Medical Council.
- George S, Hanson J, Jackson JL. 2014. Physician, heal thyself: a qualitative study of physician health behaviors. *Acad Psychiatry*, 38 (1):19-25.
- Hübler A, Scheuch K, Müller G, Kunath H, Haufe E, Schulze J, Güttler B. 2010. Gesundheitliche Risiken und Ressourcen sächsischer Ärzte - Vorstellung einer repräsentativen Studie. In: Schwartz FW, Angerer P, Hrsg. Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten – Befunde und Interventionen. Report Versorgungsforschung. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 51-64.
- Helfferrich C. 2011. Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kaiser P, Noack A, Donner-Banzhoff N, Keller S, Baum E. 2005. Hausärztinnen und Hausärzte als Gesundheitsvorbilder? Ein Vergleich des Gesundheitsverhaltens von HausärztInnen und RechtsanwältInnen. *Z Allg Med*, 81:419-422.
- Kay M, Mitchell G, Clavarino A, Doust J. 2008. Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. *Br J Gen Pract*, 58 (552):501-508.
- Kinnunen-Amoroso M, Liira J. 2014. Work-related stress management by Finnish enterprises. *Ind Health*, 52 (3):216-224.

- Kuckartz U. 2016. Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 3. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Kuckartz U. 2014. Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 2. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Kuckartz, U. 2006. Zwischen Singularität und Allgemeingültigkeit: Typenbildung als qualitative Strategie der Verallgemeinerung. In: Rehberg K-S., Hrsg. Soziale Ungleichheit, kulturelle Unterschiede: Verhandlungen des 32. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in München. Teilbd. 1 und 2. Frankfurt am Main: Campus Verlag, 4047-4056.
- Lamnek S. 2010. Qualitative Sozialforschung. 5. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Sielk M, Brockmann S, Wilm S. 2004. Qualitative Forschung - Hineindeuten in oder Abbilden von Wirklichkeit? Z Allg Med, 80: 334-342.
- Mayring P. 2010. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz.
- Montgomery AJ, Bradley C, Rochfort A, Panagopoulou E. 2011. A review of self-medication in physicians and medical students. Occup Med (Lond), 61 (7):490-497.
- Oswald SC. 2014. Sind Ärzte potentielle Risikopatienten? - Korrelate der Krankheitsverhaltens und der gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugung. Gera: SRH Fachhochschule für Gesundheit Gera GmbH.
- Parsons T. 1951. Illness and the role of the physician: a sociological perspective. Am J Orthopsychiatry, 21 (3):452-460.
- Rosenthal G. 2011. Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung. 3. Aufl. Weinheim: Juventa.
- Royal Australian College of General Practitioners. 2011. The RACGP curriculum for Australian general practice 2011. South Melbourne, Victoria: The Royal Australian College of General Practitioners.
- Schmidt CE, Moller J, Schmidt K, Gerbershagen MU, Wappler F, Limmroth V, Padosch SA, Bauer M. 2012. [Generation 55+: leadership and motivation of generations in hospitals]. Anaesthesist, 61 (7):630-634, 636-639.
- Schneider M, Bouvier Gallacchi M, Goehring C, Kunzi B, Bovier PA. 2007. Personal use of medical care and drugs among Swiss primary care physicians. Swiss Med Wkly, 137 (7-8):121-126.
- Schnell MW, Schulz-Quach C., Dunger C. 2018. 30 Gedanken zum Tod. Die Methode der Framework Analysis. Springer VS.

- Schrauth M, Kowalski A, Weyrich P, Begenau J, Werner A, Zipfel S, Nikendei C. 2009. Selbstbild, Arztbild und Arztideal: Ein Vergleich Medizinstudierender 1981 und 2006. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 59 (12):446-453.
- Schulz S, Einsle F, Schneider N, Wensing M, Gensichen J. 2017. Illness behaviour of general practitioners – a cross-sectional survey. *Occupational Medicine*, 67 (1):33-37.
- Schulz S, Großmann M, Stengler K, Einsle F, Rochfort A, Gensichen J. 2014. Ärztesundheit - eine Einführung anhand eines narrativen Reviews. *Z Allg Med*, 90 (96):261-265.
- Schulz S, Hecker F, Einsle F, Gensichen J. 2015. Ärztesundheit - Gehen wir Ärzte gut mit unserer eigenen Gesundheit um?. *Der Allgemeinarzt*, 37 (11):30-31.
- Stansfeld S, Candy B. 2006. Psychosocial work environment and mental health--a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health*, 32 (6):443-462.
- Starfield B. 2012. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *SESPAS report 2012.Gac Sanit*, 26 (S):20-26.
- Stepath K. 2006. Gegenwartskonzepte. Eine philosophisch-literaturwissenschaftliche Analyse temporaler Strukturen. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Thode N, Bergmann E, Kamtsiuris P, Kurth B-M. 2004. Schlussbericht: Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme des deutschen Gesundheitswesens und mögliche Steuerungsmechanismen. Berlin: Robert Koch Institut. 15-19
- Thompson WT, Cupples ME, Sibbett CH, Skan DI, Bradley T. 2001. Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study. *BMJ*, 323 (7315):728-731.
- Tritt K. 2004. Ärztliches Handeln [Vortragsfolien]. Regensburg: Universität Regensburg. http://www.uniklinikum-regensburg.de/imperia/md/content/kliniken-institute/psychosomatische/medizin/studenten/arzt_patientenbeziehung.pdf

Anhang 1: Interviewleitfaden „Inanspruchnahme ärztlicher Betreuung durch Hausärzte im eigenen Krankheitsfall“

Leitfrage (Erzählaufforderungen)	Check- Wurde das erwähnt? Memo für das Nachfragen – nur stellen, wenn nicht von allein angesprochen – Formulierung evtl. anpassen	Konkrete Fragen – Bitte an passender Stelle (auch am Ende möglich) in dieser Formulierung stellen	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen
Teil I Ich nehme an, Sie haben sich schon einmal so richtig schlecht oder krank gefühlt, sodass Sie sogar daran gedacht haben einen Arzt aufzusuchen. Können Sie mir von dieser Situation erzählen, bitte? WARTEN	<ul style="list-style-type: none"> - Was waren denn so die ersten Krankheitsanzeichen? - Wertung der Symptome - Da gab es doch auch einen Zeitraum wo Sie schon Symptome hatten, aber sich noch nicht entschieden hatten zum Arzt zu gehen, vielleicht können Sie das nochmal etwas genauer erzählen? - Wie hat Ihr Umfeld darauf reagiert? - Wie sah Ihre Selbstbehandlung aus? (auch Selbstmedikation) - Wie sind Sie (schließlich doch) zu der Überzeugung gekommen, besser einen Arzt aufzusuchen? - Erzählen Sie doch mal, war es einfach für Sie ärztliche Hilfe von Kollegen in Anspruch zu nehmen? 	Wenn kein Arztbesuch erfolgte: Warum sind Sie nicht zum Arzt gegangen?	Nonverbale Aufrechterhaltung Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen? Können Sie das noch etwas genauer erzählen? Und dann? Wie ging es dann weiter? Wie ging das weiter? Was ist Ihnen dabei durch den Kopf gegangen? Was fällt Ihnen als erstes ein? Wie war das so mit...? Ich würde da jetzt nochmal drauf zurückkommen...?
<i>Evtl. Übergang von Teil I zu Teil II von allein und ohne zusätzliche Erzählaufforderung</i>			
Teil II Wie ging es dann weiter?	<ul style="list-style-type: none"> - Arztbesuch - Welche Erwartungen hatten Sie an Ihren Kollegen? - Haben Sie Ihrem Kollegen vertraut? - Compliance: Erzählen Sie doch mal, wie haben Sie sich an das gehalten, was Ihr Kollege Ihnen verordnet hat- (weitere) Selbstbehandlung? - Wie hat Ihr Umfeld auf die Situation reagiert? 		

Teil III Ergänzende Nachfragen	<ul style="list-style-type: none"> - Prozess: vom Symptom bis zum Arztbesuch - Wertung des Erlebten z. B. War das eine positive Erfahrung für Sie? - Wie hat sich dieser oder auch andere Arztbesuche auf Ihre Einstellung zum Aufsuchen von Ärzten ausgewirkt? - Wie würden Sie Ihre eigene Rolle im Erkrankungsfall beschreiben? - Selbstverständnis: Können Sie etwas zu Ihrem Selbstverständnis als Arzt sagen? <u>oder</u> Als was für ein Arzt verstehen Sie sich denn? - <i>Wie gehen Sie mit eigenen Erkrankungen um, die nicht ganz so schlimm sind?</i> - <i>Was bedeutet für Sie Gesundheit? Was bedeutet für Sie Krankheit?</i> - <i>Würden Sie sagen, dass Sie ein guter Arzt sind? Würden Sie sagen, dass Sie ein Vorbild für Ihre Patienten sind?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Ganz allgemein, gibt es etwas in Ihrem Leben, dass Ihre Einstellung zu Ärzten nachhaltig geprägt hat? - Gibt es für Sie Unterschiede zwischen Ihrem Verhalten vor Ihrem Medizinstudium und wenn Sie heute krank werden? 	
Teil IV Abschlussfrage		Was würden Sie mir gern noch zum Thema Ärztegesundheit mitgeben?	

Anhang 2: Begleitfragebogen

Soziodemografischer Fragebogen zur Stichprobenbeschreibung

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus.

Bitte kreuzen Sie jeweils die zutreffenden Antworten an!

1. Wie alt sind Sie? _____

2. Welches Geschlecht haben Sie?

☐ weiblich

☐ männlich

3. Familienstand:

☐ ledig

☐ verheiratet

☐ in Partnerschaft

☐ getrennt/geschieden/
verwitwet

4. Haben Sie Kinder? Wenn ja, geben Sie bitte jeweils das Alter an (z. B. 2 Monate, 7 Jahre, ...):

- Alter des 1. Kindes:

- Alter des 2. Kindes:

- Alter des 3. Kindes:

- Alter des 4. Kindes:

5. Welchen Beruf haben/hatten Ihre Eltern?

Beruf der Mutter: _____

Beruf des Vaters: _____

6. Haben Sie außer dem Arztberuf noch einen weiteren Beruf z. B. Krankenschwester erlernt?

☐ Nein

☐ Ja, und zwar _____

7. Wann haben Sie Ihr Medizinstudium beendet?

-

8. Wieviele Jahre haben Sie vor Ihrer Niederlassung als Arzt in der Klinik gearbeitet?

-

9. Wie viele Jahre sind Sie in ambulanter Tätigkeit?

-

10. In welchem Arbeitsmodell sind Sie tätig (Mehrfachnennung möglich)?

- ☐ Einzelpraxis ☐ Gemeinschaftspraxis ☐ Praxisgemeinschaft
☐ MVZ ☐ Andere, und zwar _____

11. In welchem Beschäftigungsverhältnis stehen Sie?

- ☐ Ich bin selbstständig. ☐ Ich bin angestellt. ☐ Anderes, und zwar _____

Wenn Sie selbstständig sind, seit wann sind Sie selbstständig? Seit _____

12. Wie viele Einwohner hat die Gemeinde, in der sich die Praxis befindet, in der Sie (überwiegend) tätig sind?

- ☐ weniger als 5.000 Einwohner
☐ 5.000 bis 20.000 Einwohner
☐ mehr als 20.000 Einwohner

13. Wieviele Scheine pro Quartal erwirtschaftet Ihre Praxis?

-

14. Wie sind Sie versichert?

- ☐ GKV ☐ PKV

15. Sind Sie seit Ihrer Niederlassung überhaupt schon einmal in eigener Sache bei einem anderen Arzt gewesen?

- ☐ ja ☐ nein

16. Haben Sie selbst einen eigenen Hausarzt?

- ☐ ja ☐ nein

17. Bitte geben Sie Auskunft über Ihren aktuellen Gesundheitszustand!

- ☐ ich bin gesund
☐ ich leide an folgender/n akuter/n Krankheit/en:
- _____
- _____
- _____

- ☐ ich leide an folgender/n chronischer/n Krankheit/en:

- _____
- _____
- _____
- _____

18. Befinden Sie sich **regelmäßig** in ärztlicher Behandlung?

- ☐ ja ☐ nein

Bei wem befinden Sie sich in **regelmäßiger** ärztlicher Behandlung?
(Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Hausarzt ☐ Facharzt (bitte Fachrichtung angeben): _____

☐ Krankenhaus ☐ informeller Kontakt (bei Kollegen)
☐ Zahnarzt ☐ Andere: _____

Grund für die Behandlung:

- ☐ Vorsorgeuntersuchung(en) ☐ Krankheit(en), und zwar _____
☐ Beratung ☐ Anderer Grund: _____

19. Sonstige **nicht-regelmäßige** Arztkontakte in eigener Sache (Mehrfachnennungen möglich):

- ☐ Ich war bei einem Hausarzt.
☐ Ich war bei einem Facharzt. (Bitte geben Sie die Fachrichtung an): _____

☐ Ich war im Krankenhaus.
☐ Ich habe informell Kollegen in eigener Sache kontaktiert.
☐ Andere und zwar _____

Wenn Sie im Krankenhaus waren: Waren Sie dort ausschließlich ambulant oder im Rahmen eines stationären Aufenthaltes?

- ☐ ausschließlich ambulant ☐ im Rahmen eines stationären Aufenthaltes

20. Befinden Sie sich in regelmäßiger nichtärztlicher Behandlung bzw. Therapie (Mehrfachnennungen möglich)?

- ☐ Nein ☐ Ja, und zwar... ☐ Physiotherapie
- ☐ Logopädie
- ☐ Ergotherapie
- ☐ Psychotherapie
- ☐ Heilpraktiker
- ☐ Andere, und zwar _____

21. Behandeln Sie sich selbst? (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Nein
- ☐ Ja, und zwar ☐ rezeptfreie Selbstmedikation
- ☐ rezeptpflichtige Selbstmedikation
- ☐ nicht durch Kollegen oder anderen Therapeuten verordnete nichtmedikamentöse Therapie
- ☐ eigenhändiges Schreiben von Überweisungen für mich selbst
- ☐ eigenhändiges Schreiben von Einweisungen für mich selbst
- ☐ Andere, und zwar _____

22. Stimmen Sie folgender Aussage zu? „Ich verwende einen Teil der mir zur Verfügung stehenden Zeit für meine eigene Gesunderhaltung.“

- ☐ Ich stimme der Aussage zu. ☐ Ich stimme der Aussage nicht zu.

23. Stimmen Sie folgender Aussage zu? „Ich stehe der Naturheilmedizin bzw. Komplementärmedizin offen gegenüber.“

- ☐ Ich stimme der Aussage zu. ☐ Ich stimme der Aussage nicht zu.

24. Nennen Sie bitte 3 Gründe warum Sie einen Arzt aufsuchen würden!

- _____

- _____

- _____

25. Nennen Sie bitte 3 Gründe warum Sie **keinen** Arzt aufsuchen würden!

- _____

- _____

- _____

26. Nennen Sie bitte 3 Krankheiten bei denen Sie einen Arzt aufsuchen würden!

- _____

- _____

- _____

27. Nennen Sie bitte 3 Krankheiten bei denen Sie **keinen** Arzt aufsuchen würden!

- _____

- _____

- _____

28. Besteht Ihrerseits der Wunsch nach einer Anlaufstelle, die speziell auf die Bedürfnisse krankwerdender Ärzte zugeschnitten ist z. B. einer Spezialsprechstunde nur für Ärzte?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, was würden Sie sich wünschen (Sonderzeiten außerhalb der allgemeinen Sprechzeiten, anonyme Behandlung möglich, ...)?

Anhang 3: Transkriptionsregeln

- wörtlich, nicht lautsprachlich oder zusammenfassend, keine Dialekte
- Wort-/Satzabbrüche: /
- Wortdopplungen werden immer notiert
- Pausen: (.) = 1s, (..) = 2s, (...) = 3s, (Zahl) = >3s
- Verständnissignale/Fülllaute: mhm, ja, aha, ähm
 - alle Äußerungen des Befragten werden transkribiert
 - Äußerungen des Interviewers werden nicht transkribiert, sofern sie den Redefluss der befragten Person nicht unterbrechen
- Sprechüberlappungen: // → 2. Person in extra Zeile, auch in //
- Wortverschleifungen: so'n = so ein, hamma = haben wir
- Interpunktion: eher Punkt als Komma setzen (bei kurzem Senken der Stimme o. uneindeutiger Betonung) → Sinneinheiten beibehalten
- besonders betonte Worte oder Äußerungen: GROßSCHREIBUNG
- emotionale, nonverbale Äußerungen: (lachen, seufzen) → in Klammern
- >...< (lachend) → kennzeichnet Beginn und Ende einer lachend gesprochenen, d. h. verbalen, emotionalen Passage
- unverständliche Worte: (unv.) → ! ev. Zeitmarke setzen
 - ev. + Ursache (unv., Handygeräusch/Mikrofon rauscht)
 - vermuteter Wortlaut: (Xylomethanolin?) → in Klammern mit „?“
 - eigene Absätze/Sprecherbeitrag, dazwischen Leerzeile, Kennzeichnung mit I: (Interviewer) und B: (Befragter), am Ende jedes Absatzes Zeitmarke
- Benennung der Interviewdatei: wie Gerät vorgibt_Nummer Interview z. B. _05
- Abkürzungen ausschreiben: z. B. Meter
- Zahlen:
 - null bis zwölf + kurze z. B. tausend ausschreiben
 - Hausnr., Seitenzahlen usw. = Ziffern; Dezimalstellen: z. B. 3,5; Gleichungen: $4 + 5 = 9$
 - ungefähr gemeinte Zahlen → ausschreiben, exakte Zahlenwerte → Ziffern
- Zitat wörtliche Rede: „...“, z. B. und ich sagte dann „Na, dann schauen wir mal“.
- Einzelbuchstaben groß: z. B. V wie Vogel
- **Ausnahmen, wenn es wichtig erscheint**

Anhang 4: Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Begleitfragebogen – Teil 1: Soziodemographische Merkmale	19
Tabelle 2: Begleitfragebogen – Teil 2: Angaben zur Ärztegesundheit	20
Tabelle 3: Zusammenfassung der Freitextantworten auf Frage 24 bis 27	22
Tabelle 4: Kategoriensystem in Form von Kategoriendefinitionen	29
Tabelle 5: Beispielhafte Darstellung förderlicher und hinderlicher Aspekte	48
Tabelle 6: Kategorienbezogene Darstellung förderlicher Aspekte – Erstzugang bei Beschwerden	51
Tabelle 7: Untersuchungen, die nicht selbst durchgeführt werden können	53
Tabelle 8: Gründe für die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe	54
Tabelle 9: Kategorienbezogene Darstellung förderlicher Aspekte – Medikamenteneinnahme	55
Tabelle 10: Der Inanspruchnahme förderliche und hinderliche Aspekte: Arbeitsunfähigkeit	56
Tabelle 11: Kategorienbezogene Darstellung förderlicher Aspekte – Erstzugang ohne Beschwerden	56
Tabelle 12: Kategorienbezogene Darstellung förderlicher Aspekte – nach erfolgtem Erstzugang	57
Tabelle 13: Kategorienbezogene Darstellung förderlicher Aspekte – chronische Erkrankungen	59
Tabelle 14: Kategorienbezogene Darstellung hinderlicher Aspekte der Inanspruchnahme	60
Tabelle 15: Aspekte, die in der Regel der Arzt-Patient selbst entscheidet.	62
Tabelle 16: Aspekte, die in der Regel der Arzt-Behandler entscheidet.	63
Tabelle 17: Beispiele, wie sich selbstbestimmtes Handeln eines A-P im Rahmen einer A-P-B zeigt	65
Tabelle 18: Kategorienbezogene Darstellung von förderlichen Aspekten – Konsultation Hausarzt	68
Tabelle 19: Beispiele für Inanspruchnahmen, bei denen sich der A-P an stationär-tätige A-B wendete	68
Tabelle 20: Berichtete Inanspruchnahme im ambulanten und stationären Bereich	69
Tabelle 21: Kategorienbezogene Darstellung der Zugangswege - Formen der Kontaktaufnahme	78
Tabelle 22: Gründe für direktes Vorbeigehen beim Arzt-Behandler ohne vorherige Anmeldung	80
Tabelle 23: Innere Einstellungen und Verhaltensweisen zur kollegialen Vorzugsbehandlung	82

Tabelle 24: Gründe für die direkte Kontaktaufnahme des Arzt-Behandlers zum	
Arzt-Patienten.....	83
Tabelle 25: Übersicht an welchen Punkten Zugänglichkeit eine wichtige Rolle spielt	85

Anhang 5: Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Code-Theory-Model (Conceptual Map)	46
Abbildung 2: Darstellung der Typenbildung in einem zweidimensionalen	
Koordinatensystem	91

Anhang 6: Publikationsliste

Originalarbeiten:

- Schulz S, Hecker F, Einsle F, Gensichen J. 2015. Ärztegesundheit - Gehen wir Ärzte gut mit unserer eigenen Gesundheit um?. Der Allgemeinarzt, 37 (11): 30-31

Vorträge:

- Hecker F, Sauerbrey U, Schulz S. 13.-15.09.2018. Inanspruchnahme (haus-)ärztlicher Betreuung durch Hausärzte im eigenen Krankheitsfall - Eine qualitative Studie. 52. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Innsbruck/Österreich.
- Schulz S, Sauerbrey U, Hecker F. 20./21.05.2019. "Health care utilisation of General Practitioners – a qualitative study". EAPH (European Association for Physician Health)-conference. Oslo/Norwegen.

Poster:

- Schulz S, Sauerbrey U, Hecker F. 19.-21.09.2019. How do general practitioners act when they are ill? A qualitative study to their health care utilization. American Conference on Physician Health (ACPH). Charlotte/USA.

Anhang 7: Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass mir die Promotionsordnung der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität bekannt ist,

ich die Dissertation selbst angefertigt habe und alle von mir benutzten Hilfsmittel, persönlichen Mitteilungen und Quellen in meiner Arbeit angegeben sind,

mich folgende Personen bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskripts unterstützt haben: Dr. med. Sven Schulz, PD Dr. Ulf Sauerbrey, Dr. med. Florian Wolf, Prof. Dr. med. Bleidorn,

die Hilfe eines Promotionsberaters nicht in Anspruch genommen wurde und dass Dritte weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen von mir für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen,

dass ich die Dissertation noch nicht als Prüfungsarbeit für eine staatliche oder andere wissenschaftliche Prüfung eingereicht habe und

dass ich die gleiche, eine in wesentlichen Teilen ähnliche oder eine andere Abhandlung nicht bei einer anderen Hochschule als Dissertation eingereicht habe.

Chemnitz, 16.11.2019

Anhang 8: Danksagung

Ich bedanke mich bei Prof. Dr. med. Horst Christian Vollmar für die Übernahme der Doktorvaterschaft von 09/2017 bis 06/2019. Mein Dank geht auch an Frau Prof. Dr. med. Jutta Bleidorn, welche nach der Berufung von Prof. Dr. med. Horst Christian Vollmar an die Ruhr-Universität Bochum die Doktormutterschaft übernommen hat.

Ich danke meinem Co-Betreuer Dr. med. Sven Schulz für seine geduldige, kompetente und menschlich wertvolle Begleitung meiner Promotionsarbeit. Dr. med. Sven Schulz begleitete den ganzen Arbeitsprozess von der Ideenfindung des Doktorarbeitsthemas, über die Exposé-Erstellung und den ganzen Auswertungsprozess bis hin zum Schreiben des Manuskripts der Dissertation in Form regelmäßiger Treffen und Telefonate wesentlich und intensiv mit.

Ebenso bedanke ich mich bei PD Dr. Ulf Sauerbrey, der während seiner Zeit als Institutsmitarbeiter des Instituts für Allgemeinmedizin von 05/2017 bis 01/2019 die arbeitsintensive, inhaltsanalytische Auswertungsphase unterstützte. Er codierte und diskutierte einen Teil der Interviews mit und gab v. a. methodisch gesehen wesentliche Bestätigung und wichtige Hinweise.

Frau Dr. Witte, Frau Prof. Dr. Scholz, Herrn Dr. Oberthür, Frau Prof. Dr. phil. Meyer, Frau B.Sc. M.Sc. Ph.D. Dr. Turner von der University of Bristol und den Mitarbeitern des Instituts für Allgemeinmedizin Jena danke ich für hinterfragende und hilfreiche Anregungen und Denkanstöße. Frau Schulte danke ich für ihre unkomplizierte Unterstützung im Rahmen ihres Seminars „Inhaltsanalyse“ an der Friedrich-Schiller-Universität Jena. Liselotte Botschen und Steven Nitsch danke ich für die konstruktive Mitarbeit bei den ersten Schritten zur Erstellung eines Codebaumes im Rahmen des o.g. Seminars „Inhaltsanalyse“.

Anne, Philipp und Herrn Dr. med. Schulz danke ich für ihre Hilfe bei der Transkription eines Teils der Interviews.

Ich danke allen Ärzten, die mich durch die Teilnahme an den Interviews unterstützt und mir offen meist vertrauliche, intime Dinge aus ihrem Leben anvertraut haben. Damit wurde die vorliegende Arbeit überhaupt erst möglich und wertvoll.

Meinem Ehemann und meiner Familie, Christine und Gudrun danke ich für ihre großartige Unterstützung und Motivation bei der Fertigstellung dieser Arbeit.

Der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen und Frau Dr. med. Anette Rommel danke ich für die finanzielle Unterstützung in Form eines Stipendiums, welches es mir ermöglicht hat, mich ein Semester lang nur auf diese Arbeit zu konzentrieren.